



# PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD PARAGUAY

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE  
CAMBIO Y REFORMA

Enero, 2008



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

# PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE PARAGUAY

Enero 2008  
(Tercera Edición)



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

## **Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente**

Organización Panamericana de la Salud

Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma  
Washington D.C.: OPS © 2008

ISBN 97 92 75 33219 1

### I. Título

1. SISTEMA DE SALUD – ORGANIZACIÓN
2. SERVICIOS DE SALUD
3. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
4. PARAGUAY

NLM – WA540

**Washington DC, Enero 2008**

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a [www.lachealthsys.org](http://www.lachealthsys.org). Para cualquier consulta con respecto a este documento sírvase contactar con [info@lachealthsys.org](mailto:info@lachealthsys.org).

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo estableció el convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

## AGRADECIMIENTOS

La presente edición del Perfil del Sistema de Salud de Paraguay fue desarrollada en tres fases: 1) Se realizó una revisión documental y se desarrollaron entrevistas a actores claves del sector con los alumnos y docentes del Instituto Andrés Barbero; 2) Se redactó el perfil bajo la conducción de la Dirección General de Planificación y Evaluación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la cooperación técnica de la Representación de OPS/OMS Paraguay; 3) Se validó el perfil con los alumnos y docentes de las especializaciones de Salud Pública y Epidemiología del Instituto Nacional de Salud.

La responsabilidad por la revisión final y edición correspondió al Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS) de la OPS/OMS, Washington, D.C.

Los puntos de vista expresados en este documento no representan necesariamente las opiniones de los individuos mencionados aquí o sus instituciones afiliadas.

## PERSONAS E INSTITUCIONES PARTICIPANTES

COORDINACION GENERAL: Roberto Dullak Peña, Javier Uribe Echeverri.

EQUIPO DE TRABAJO PREPARACIÓN PERFIL: María Stella Cabral de Bejarano, Pedro Bivona, Cesar González Alonso, Cornelia Cattebeke, Pilar Roa Mascaró, Viviana González, María Elena Ramírez de Rojas, Mirco Osorio, Luz Romero de Molinas, Osvaldo Alvarenga, Floriano Calderoli.

COLABORADORES: Julio César Manzur, Nimia Torres, Lucia Bogado, Pedro Galvan, Carmen Buzarquis.

VALIDADORES: *Instituto Dr. Andrés Barbero*: Faustina Ozuna de Molinas, Beatriz Balbuena. Egresados del Instituto de Enfermería: Andrés Barbero, Cristina Elizabeth López, Pilar Roa Mascaró, Jorge Sanabria, Miguel Villalba, Ignacia Ramírez, Claudelina Coronel, Marlene Ramírez. *Instituto Nacional de Salud*: Domingo Avalos, Jorge Palacios Lugo, Felipe Recalde Ibarra. *Alumnos de Postgrado de Epidemiología 2007 -2008*: Gladis Alegre de Arguello, Antonia Benítez Rivas, Luis Maria Bogado Sienra, Graciela Nicolasa Elizeche Ruiz, Aida Concepción Galeano Rojas, Gloria Benítez, Leonilda De Jesús López de Re, Laura Rocio Maldonado, Ninfa Beatríz Martínez Hermosilla, Hugo Javier Medina Ovelar, Dora Elizabeth Montiel de Jarolin, Juan Daniel Ovelar Pereira, Eva Nilda Penayo de Gonzalez, Ramírez Pastora Penayo de González, Agustín Ramírez Agüero, María Elena Ramírez de Rojas, Maria Magdalena Rodriguez Palacios, Agustina Rojas Silva, Claudia Carolina Ruiz Diaz Adorno, Vivian Estela Haruka Takahasi Alvarez, Norman Valdes Fox, Blanca Azucena Villalba Vouga, Guido Zarate. *Alumnos de Postgrado de Salud Publica 2007 -2008*: Roberto Federico Thompson, Oscar Barrios, Arturo Silva.

Reconocimiento especial de gratitud y aprecio a la Lic. Cataliana Roa (+)



# TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE ABREVIACIONES	i
RESUMEN EJECUTIVO	iii
<b>1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>1</b>
1.1. Análisis de la Situación de Salud	1
1.1.1. Análisis Demográfico	1
1.1.2. El perfil epidemiológico	4
1.1.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio	8
1.2. Determinantes de Salud	10
1.2.1. Determinantes Políticos	10
1.2.2. Determinantes Económicos	10
1.2.3. Determinantes Sociales	13
1.2.4. Determinantes Medio Ambientales	14
<b>2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>15</b>
2.1 Rectoría	15
2.1.1. Mapeo de la Autoridad Sanitaria	16
2.1.2. Conducción de la Política General de Salud	16
2.1.3. Regulación Sectorial	18
2.1.4. Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública	19
2.1.5. Orientación del Financiamiento	22
2.1.6. Garantía del Aseguramiento	22
2.1.7. Armonización de la Provisión	22
2.2. Financiamiento y Aseguramiento	23
2.2.1. Financiamiento	23
2.2.2. Aseguramiento	27
2.2.2.1 Marco Legal	28
2.2.2.2 Beneficios	28
2.2.2.3 Estructura y Gestión	29
2.2.2.4 Cobertura poblacional	29
2.2.2.5 Fondo común o pooling	30
2.2.2.6 Mecanismos de Pago a Prestadores	31
2.3. Provisión de Servicios	31
2.3.1. Oferta y Demanda de Servicios de Salud	33
2.3.2. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud	37
2.3.2.1 Formación de Recursos Humanos	37
2.3.2.2 Gestión de Recursos Humanos y Condiciones del Empleo	37
2.3.2.3 Oferta y Distribución de Recursos Humanos	37
2.3.2.4 Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud	40
2.3.3. Medicamentos y otros Productos Sanitarios	40
2.3.4. Equipo y Tecnología	41
2.3.5. Calidad de los Servicios	43
2.4. Mapeo Institucional del Sistema de Salud	43
<b>3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA</b>	<b>44</b>
3.1. Efecto sobre las “Funciones del Sistema de Salud”	45
3.2. Efecto sobre los “Principios Orientadores de las Reformas”	48
3.2.1 Equidad	48
3.2.1.1 Cobertura	48
3.2.1.2. Distribución de Recursos	50
3.2.1.3. Acceso	52
3.2.2 Efectividad	53
3.2.2.1 Mortalidad Infantil y Materna	53
3.2.2.2 Mortalidad por Neoplasias Malignas	57
3.2.2.3 Incidencia de Malaria, Tuberculosis y VIH/SIDA	58
3.3. Efecto sobre el “Sistema de Salud”	60
3.4. Análisis de Actores	62
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>66</b>



## LISTA DE ABREVIACIONES

<b>ASN</b>	Autoridad Sanitaria Nacional
<b>BCG</b>	Vacuna contra la Tuberculosis
<b>CCA</b>	Evaluación Común de Países
<b>CEMIT</b>	Centro de Estudios Multidisciplinarios e Investigaciones Tecnológicas
<b>CONACYT</b>	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología
<b>CONE</b>	Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
<b>DGDSS</b>	Dirección General de Desarrollo de los Servicios de Salud – MSP y BS
<b>DGEEC</b>	Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos
<b>DNVS</b>	Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria
<b>DPT</b>	Vacuna contra la difteria, tétanos y tosferina.
<b>ENDSSR</b>	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
<b>ENRPD</b>	Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad
<b>EPSS</b>	Extensión de la Protección Social en Salud
<b>ESSAP</b>	Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay
<b>EIH</b>	Encuesta Integrada de Hogares
<b>EPH</b>	Encuesta Permanente de Hogares
<b>FESP</b>	Funciones Esenciales de Salud Pública
<b>FONARESS</b>	Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud
<b>IICS</b>	Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud
<b>INTN</b>	Instituto Nacional de Tecnología y Normalización
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>IPS</b>	Instituto de Previsión Social
<b>MEC</b>	Ministerio de Educación y Cultura
<b>MSP y BS</b>	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
<b>NBI</b>	Necesidades Básicas Insatisfechas
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>PAI</b>	Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>PEA</b>	Población Económicamente Activa
<b>PGGN</b>	Presupuesto General de Gastos de la Nación
<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>SEAM</b>	Secretaría del Ambiente
<b>SENASA</b>	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
<b>SENEPA</b>	Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo
<b>SICO</b>	Sistema Integrado de Contabilidad del Estado
<b>SINARH</b>	Sistema Nacional de Recursos Humanos
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>UTRI</b>	Unidad Técnica de Relaciones Internacionales





## RESUMEN EJECUTIVO

La República del Paraguay es un país mediterráneo, situado en el centro de América del Sur. El país es dividido por el río Paraguay en dos regiones bien diferenciadas, la Región Occidental o Chaco, que cuenta con tres departamentos; y la Región Oriental con 14 departamentos. La superficie total del país es de 406.752 Km<sup>2</sup>. En el año 2006, la población del Paraguay fue de 5.946.471 habitantes<sup>1</sup>. De dicha población 58,1% vive en áreas urbanas y el 41,9% en áreas rurales. La distribución por sexo a nivel nacional muestra que la proporción de hombres es de 49,6% y de mujeres, 50,4%.

En la situación de salud del país se refleja un perfil epidemiológico propio de un país en vías de desarrollo en donde por múltiples causas es lento el tránsito hacia un desarrollo humano y social sostenible. Impactan notablemente las enfermedades transmisibles, sobre todo en la población infantil, la mayoría de ellas prevenibles, enfermedades infectocontagiosas, parasitarias, diarreicas y respiratorias agudas que constituyen las principales causas de morbimortalidad.

La tasa de fecundidad ha descendido en los últimos años, de 6,5 hijos por mujer en el año 1950-1955 a 2,9 hijos para el año 2001-2004<sup>2</sup>. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) se redujo un 22% en el área urbana y un 34% en la rural, entre el periodo 1995-1998 y el 2001-2004. La fecundidad de las adolescentes de 15-19 años se redujo un 26%, de 90 a 67 nacimientos por mil mujeres, respectivamente, en los periodos mencionados. El número promedio de hijos de mujeres indígenas es 6.3, muy superior al promedio nacional.

La tasa de mortalidad general ha descendido en los últimos quince años (de 6.01 en el quinquenio 1990-94 a 3.52 en el quinquenio 2000-2004). En 2005 se ha registrado una tasa de 3,7 muertes por mil habitantes, con leve tendencia al ascenso. Las principales causas de muerte en el año 2005, fueron: las enfermedades del sistema circulatorio: 24,3% (9,1 % por enfermedades cerebro vasculares); tumores: 14,1%; diabetes mellitus: 6,8%; enfermedades del sistema respiratorio: 6,0%; accidentes (todas las formas): 5,8%; enfermedades perinatales: 4,6%. En relación a las defunciones por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios no clasificados en otra parte fue del 16,8%. El sexo más afectado fue el masculino.

El Sistema Nacional de Salud de Paraguay está regulado por la Ley 1032/96 que establece en el artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades.

La red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) para el 2007, esta conformada por 984 instituciones de las cuales, en lo referente a la red primaria se cuenta con 117 centros de salud (CS) y 730 puestos de salud (PS). El Instituto de Previsión Social (IPS) cuenta con 93 servicios organizados en tres niveles de atención y 8 niveles de complejidad. El Nivel Primario esta organizado en torno a los Puestos de Salud (48), Clínicas periféricas (5) y Unidades Sanitarias de tipo A (25). Cubre al afiliado y a sus descendientes hasta los 18 años de edad, así como a los ascendientes, si están a cargo de aquél.

Entre los años 2003 y 2004<sup>3</sup> la cobertura de atención del subsector público pasó de atender el 38,2% al 44,9% de la población enferma o accidentada que consultaba. La seguridad social ha cambiado ligeramente pasando del 12,2% al 10,6%. La atención en el sector privado también ha decrecido pasando del 49,6% al 44,5%.

---

1 Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2006.  
2 ENDSSR para el año 2001-2004.  
3 Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2006.

El subsector público pasa de atender predominantemente a la población del 2º al 4º quintil en el 2003, para atender principalmente a la población de ingresos más bajos, del 1º al 3º quintil. En el mismo año la seguridad social atendió a la mayor parte del quintil 3º además de la población con ingresos más altos (4º y 5º quintil), pero para el 2004 la atención se centra predominantemente en la población de ingresos más altos.

El sector salud representó un 7,2% del Producto Interno Bruto (PIB), en promedio para el periodo 1997 – 2004. Esta proporción ha fluctuado durante este periodo, partiendo desde un 6,3% en 1997 hasta el punto máximo del periodo en el 2001 cuando alcanzo el 8,4%, cuando comenzó a disminuir hasta llegar al 6,5% en el 2004. Durante el periodo que va desde 1997 a 2004, el gasto en el sector salud en Paraguay creció de 1,3 a 2,7 billones de guaraníes a precios corrientes.

En lo que respecta al gasto per capita en salud, el gasto público fue en promedio 152.569 guaraníes y el gasto privado fue de 277.108 guaraníes, en valores corrientes para el periodo 2000/2004. Los valores per capita en dólares fueron para el gasto público de 31 dólares, y el privado de 55 dólares, ambos en promedio para el mismo período mencionado.

La Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), debe enfrentar en el mediano plazo (conmemoración Bicentenario 2011) y en el largo plazo, importantes desafíos que le permitan fortalecer su rol rector dentro del sistema de salud, a fin de propiciar una renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) dentro del sistema de salud, gracias a la cuál mejore el acceso y la calidad de los servicios.

# 1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

La Republica del Paraguay es un país mediterráneo, situado en el centro de América del Sur, regado por numerosos ríos y arroyos, entre los que se destacan por su importancia los ríos Paraná y Paraguay. Este último divide al país en dos regiones bien diferenciadas, la Región Occidental o Chaco, que cuenta con tres departamentos; y la Región Oriental con 14 departamentos. La superficie total del país es de 406.752 Km<sup>2</sup>.

A pesar de que en el Paraguay, el Estado reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental de la persona a través de la Constitución Nacional y las legislaciones del sector y que se garantiza la promoción y protección de la salud a todos los ciudadanos, persiste para el 2005 una importante proporción de personas (35,1%) que se hallan excluidas<sup>4</sup> por varias causas de los mecanismos existentes que permiten tal protección<sup>5</sup>.

El Sistema Nacional de Salud de Paraguay está regulado por la Ley 1032/96 que establece en el artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades.

## 1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

### 1.1.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

En el año 2006, la población del Paraguay fue de 5.946.471 habitantes<sup>6</sup>. De dicha población el 58,1% vive en áreas urbanas y el 41,9% en áreas rurales. La distribución por sexo a nivel nacional muestra una proporción de hombres de 49,6% y de mujeres de 50,4%.

El país tiene baja densidad poblacional, con una distribución muy desigual: 12,7 hab./km<sup>2</sup> a nivel nacional, 31,5 hab./km<sup>2</sup> en la Región Oriental y 0,5 hab./km<sup>2</sup> en la Región Occidental o Chaco. Esta última, a pesar de representar el 60% de la superficie del país, cuenta con apenas 2,6% de la población total. Su capital, Asunción, y el Departamento Central, concentran el 36,3% de la población en menos de 1% del territorio nacional (4.377 hab./km<sup>2</sup> en la capital y 552,9 hab./km<sup>2</sup> en el Departamento Central)<sup>7</sup>.

La población nacional muestra un claro predominio de los grupos de edades jóvenes constituyendo un 37,1% los menores de 15 años (41,5% en 1992), situación más acentuada en las áreas rurales (41,3%) que en las urbanas (33,9%), debido a la tardía entrada al proceso de transición demográfica. La franja correspondiente a la edad de 15 a 64 años, es del 58,0%, lo que determina una alta cifra de población económicamente activa, siendo un 73,4% hombres y 35% mujeres. La población de 60 años y más es el 7,1% en relación a la población total<sup>8</sup>.

4 Se considera como excluidos a los que no consultan estando enfermos o accidentados con dolencias no leves; según la EPH-DGEEC.

5 MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Exclusión Social en Salud: Análisis a nivel Nacional y Regional. Paraguay, Diciembre 2007.

6 Encuesta Permanente de Hogares 2006. DGEEC.

7 Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. DGEEC.

8 Proyección de la Población Nacional por sexo y Edad, 2000-2050. DGEEC.

**CUADRO 1: TENDENCIA DEMOGRÁFICA, PARAGUAY, 1990-2005**

PERIODOS/ INDICADORES	1990-1995		1995-2000		2000-2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<b>Población total (miles)</b>	2.258.446	2.209.513	2.538.252	2.479.668	2.603.242	2.559.956
<b>Proporción de población urbana</b>	44,6	49,0	ND	ND	54,6	58,8
<b>Población Indígena</b>	25.636	23.851	ND	ND	44 651	41 889
<b>Proporción de población &lt; de 15 años</b>	19,8	20,1	19,9	19,3	18,8	18,2
<b>Proporción población &gt; de 60 años</b>	2,9	3,2	3,0	3,3	3,2	3,5
<b>Tasa de crecimiento anual de la población</b>	2,2%		2,3%		2,1%	
<b>Tasa global de fecundidad</b>	4,31		3,88		3,48	
<b>Tasa bruta de natalidad x 1000 hab.</b>	31,97		29,27		26,94	
<b>Tasa bruta de mortalidad</b>	6,24		5,98		5,71	
<b>Esperanza de vida al nacer</b>	66,30	70,80	67,20	71,72	68,70	72,92
<b>Saldo migratorio</b>	-15.486		-8.594		-44.556	

Fuente: DGEEC. Proyección de la Población Nacional por sexo y edad. 2000-2050. Proyección de la Población por sexo y grupos de edad, según Áreas Urbana y Rural, 2000-2030. Censo de Población y Vivienda 1992/2002. II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002.

El censo de población indígena (2002) contabilizó 87.099 personas, correspondiente al 1,7% de la población del país. De estos 31% se encuentran en el Chaco y 91,5% viven en la zona rural, evidenciándose el aumento de esta población. Se identificaron 20 etnias, agrupadas en cinco familias lingüísticas: Guaraní, Maskoy, Matakó, Guaicurú, Zamuco, siendo la Guaraní, con sus 6 etnias, la más numerosa. Su tasa de crecimiento fue de 3,9%, mucho más que la tasa para la población total que fue de 2,2%. La estructura de la población indígena es más joven que la de la población total, por la fecundidad elevada, y con ligero predominio masculino (51,7%), más acentuado en algunas etnias. El 47,1% es menor de 15 años y el 2,6% es de 65 años y más.

Comparando el total de migrantes interdepartamentales del año 2002 (338.418 personas) con el del año 1992 (314.308 personas), se encuentran 24.110 individuos más; sin embargo, existe una disminución en la proporción de migrantes con respecto al total de habitantes de 5 años y más de edad (8,9% en 1992 vs. 7,4% en 2002). La inmigración internacional está compuesta principalmente por brasileños y argentinos. Las personas de estos países representaban 77,4% del total de extranjeros en 1972 y alcanzaron el 83,6% en el 2002. La población brasileña es mucho mayor que la argentina, llegando actualmente a 47,1% y 36,5%, respectivamente.

**CUADRO 2: INDICADORES DEMOGRAFICOS ESTIMADOS POR QUINQUENIOS Y AÑOS INDIVIDUALES, PARAGUAY, 1995-2005**

INDICADORES	QUINQUENIO		Promedio	QUINQUENIO		Promedio	Difer.	AÑOS				
	95-00	00-05		00-05	05-10			2001	2002	2003	2004	2005
<b>FECUNDIDAD</b>												
Nacimientos Anuales (B) en miles	148.49	151.45	150	151.45	152.86	152.16	2.19	150.407	150.844	151.281	151.718	152.155
Tasa bruta de Natalidad (b) por mil	29.27	26.94	28.11	26.94	24.75	25.85	-2.26	27.653	27.201	26.749	26.297	25.845
Tasa global de Fecundidad	3.88	3.48	3.68	3.48	3.08	3.28	-0.40	3.600	3.520	3.440	3.360	3.280
Tasa bruta de Reproducción	1.89	1.7	1.80	1.7	1.5	1.60	-0.20	1.756	1.717	1.678	1.639	1.600
<b>MORTALIDAD</b>												
Muertes Anuales (D) en miles	30.25	32.	31.13	32.	34.59	33.30	2.17	31.559	31.993	32.427	32.861	33.295
Tasa bruta de Mortalidad (d) por mil	5.98	5.71	5.85	5.71	5.62	5.67	-0.18	5.809	5.773	5.737	5.701	5.665
<b>ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EN AÑOS)</b>												
Ambos Sexos	69.40	70.76	70.08	70.76	71.76	71.26	1.18	70.316	70.552	70.788	71.024	71.260
Hombres	67.20	68.70	67.95	68.70	69.70	69.2	1.25	68.200	68.450	68.700	68.950	69.200
Mujeres	71.72	72.92	72.32	72.92	73.92	73.42	1.10	72.540	72.760	72.980	73.200	73.420
Tasa de Mortalidad Infantil (por mil)	39.20	35.50	37.35	35.50	32.00	33.75	-3.60	36.630	35.910	35.190	34.470	33.750
<b>CRECIMIENTO NATURAL</b>												
Crecimiento Anual (B-D) por mil	118.24	119.46	118.85	119.46	118.27	118.87	0.02	118.853	118.856	118.859	118.862	118.865
Tasa de Crecimiento natural: (por mil)	23.29	21.23	22.26	21.23	19.13	20.18	-2.08	21.844	21.428	21.012	20.596	20.180
Tasa Neta de Reproducción	1.766	1.595	1.68	1.595	1.421	1.508	-0.17	1.646	1.612	1.577	1.543	1.508
<b>MIGRACIÓN</b>												
Migración Anual (M) en miles	-9	-9	-9.00	-9	-8	-8.5	0.50	-8.900	-8.800	-8.700	-8.600	-8.500
Tasa de Migración (m) por mil	-1.7	-1.59	-1.65	-1.59	-1.26	-1.43	0.22	-1.601	-1.557	-1.513	-1.469	-1.425
<b>CRECIMIENTO TOTAL</b>												
Crecimiento anual (B-D+(-)M) en miles	110	111	110.50	111	111	111	0.50	110.600	110.700	110.800	110.900	111.000
Tasa de Crecimiento (r) por mil	21.84	19.86	20.85	19.86	18.07	18.97	-1.89	20.473	20.096	19.719	19.342	18.965

Fuente: Paraguay. Estimación y proyección de la población por sexo y grupo de edad. Período 1950 - 2005 DGEEC.  
Elaborado en el Dpto. de Bioestadística, MSP Y BS.

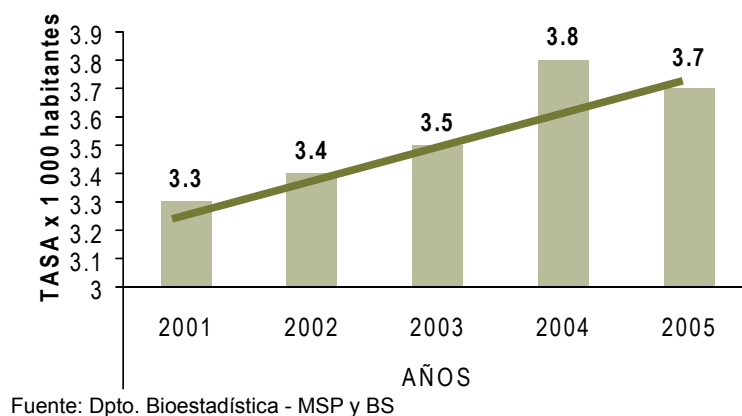
La tasa global de fecundidad (TGF) ha ido descendiendo en los últimos años. Según datos comparativos, el número de hijos por mujer en el año 1950-1955 fue de 6,5 hijos<sup>9</sup>. Según la ENDSSR<sup>10</sup> para el año 2001-2004 este número fue de 2,9 hijos. La TGF se redujo un 22% en el área urbana y un 34% en la rural, entre el periodo 1995-1998 y 2001-2004. La fecundidad de las adolescentes de 15-19 años se redujo un 26%, de 90 a 67 nacimientos por mil mujeres, respectivamente, en los periodos mencionados. El número promedio de hijos de mujeres indígenas es 6.3, muy superior al promedio nacional<sup>11</sup>.

## 1.1.2. EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

### Mortalidad General

La tasa de mortalidad general promedio ha descendido en los últimos quince años (de 6.01 en el quinquenio 1990-94 a 3.52 el quinquenio 2000-2004). En 2005 se ha registrado una tasa de 3,7 por mil habitantes, con leve tendencia al ascenso. Las principales causas de muerte en el año 2005 fueron: las enfermedades del sistema circulatorio: 24,3% (9,1% por enfermedades cerebro vasculares); tumores: 14,1%; diabetes mellitus: 6,8%; enfermedades del sistema respiratorio: 6,0%; accidentes (todas las formas): 5,8%; enfermedades perinatales: 4,6%. En relación a las defunciones por síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorios no clasificados en otra parte fue del 16,8%.

**GRÁFICO 1. MORTALIDAD GENERAL, PARAGUAY, 2001-2005**



En los últimos cinco años se constata un descenso del subregistro de las defunciones del 42% a 33% (-12%). La certificación médica es obligatoria pero los profesionales la realizan directamente solo en algo más de la mitad de los casos. (Paraguay, 2001-2005). Para el 2005 el 58,9% de las muertes registradas tuvo asistencia médica. El porcentaje de causas mal definidas osciló de 18,1 a 21,4 en el periodo 2003-2005. Entre las muertes con asistencia médica este porcentaje varía de 3,0 a 4,5.

9 Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Año 1950 – 1955.

10 Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Paraguay 2004.

11 II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002.

**CUADRO 3: DEFUNCIONES ESTIMADAS Y REGISTRADAS Y PORCENTAJE DE SUBREGISTRO, PARAGUAY, 2001-2005**

PERIODOS/INDICADORES	2001	2002	2003	2004	2005
Defunciones estimadas	31.559	31.993	32.427	32.861	33.295
Defunciones registradas	18.400	18.934	19.779	21.788	22.109
% subregistro	42	41	39	34	33

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

**CUADRO 4: INDICADORES DE MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO, PARAGUAY 1990-2005**

PERIODOS/INDICADORES	1990 -1994	1995 -1999	2000 - 2005
Prevalencia bajo peso al nacer	5,1	5,2	5,8
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15 a 19 años)	107	87	65
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en < de 5 años	ND	ND	6,6
Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad	7,6*	20,9	22,9
Porcentaje de parto con personal de salud calificado	79,7	83,2	83,7
No. anual de casos de enfermedades inmunoprevenibles			
- Difteria	27	1	57
- Coqueluche	937	160	223
- Parotiditis	ND	ND	2.610
- Tétanos neonatal	136	69	34
- Tétanos otras edades	ND	42	108
- Sarampión	ND	272	0
- Rubéola	0	132	122
No. anual de casos confirmados de Dengue	ND	1.164	24.635
No. anual de casos confirmados de Malaria	1.641	2.828	2.499
Incidencia anual de Tuberculosis (TBC) todas las formas	10.160	9.709	10.356
Incidencia anual TBC baciloscopia (+)	931	878	1.079
Incidencia anual de Cáncer de pulmón	35	73	110
Incidencia anual de Cáncer de mama	181	211	361
Incidencia anual de Cáncer de cuello uterino	243	421	537

Fuentes: MSP y BS. Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y PAI. Programa de Control de la Tuberculosis. Departamento de Bioestadística. Dirección de Vigilancia Epidemiológica. Programa Nacional de Control de Sida. SENEPA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Reproductiva 2004 (CEPEP). Nota: (\*) Corresponde solo al período de 1993-1994.

En el cuadro 5, se observan algunas tasas de mortalidad (general, materna, enfermedades transmisibles de reporte obligatorio, TBC, SIDA, malaria, enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades neoplásicas malignas, causas externas) para los períodos 1990-1994, 1995-1999, 2000-2005.



**CUADRO 5: TASAS DE MORTALIDAD, PARAGUAY 1990-2005**

PERIODOS/ INDICADO- RES	General	Materna	Infantil	TBC	Sida	Malaria	Enferme- dades Aparato circulatorio	Enferme- dades Neoplásicas	Causas exter- nas
<b>Periodos</b>									
1990-1994	3,3	134,8	24,2	2,8	0,2	0,02	11,1	3,8	3,0
1995-1999	3,4	115,9	19,8	3,2	0,6	0,0	9,4	3,5	3,8
2000-2005	3,5	159,4	18,8	2,7	2,1	0,0	8,2	4,8	4,0
<b>Género</b>									
<b>Hombres</b>									
1990-1994	4,2	-	ND	3,8	0,3	0,04	11,8	3,5	4,8
1995-1999	4,5	-	22,4	4,5	0,9	0,0	9,8	4,3	6,1
2000-2005	3,9	-	20,7	3,9	3,0	0,01	8,5	4,9	6,4
<b>Mujeres</b>									
1990-1994	3,6	134,8	ND	1,7	0,1	0,0	10,9	3,9	1,5
1995-1999	3,7	115,9	17,1	2,0	0,3	0,0	9,4	4,3	1,6
2000-2005	3,2	159,4	16,8	1,5	1,2	0,0	7,9	4,8	1,5
<b>Zona geográfica</b>									
<b>Urbana</b>									
1995-1999	ND	ND	18,5	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2000-2005	ND	131,1	20,4	ND	ND	ND	ND	ND	ND
<b>Rural</b>									
1995-1999	ND	ND	21,0	ND	ND	ND	ND	ND	ND
2000-2005	ND	213,2	15,8	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fuente: Dpto. de Bioestadística. Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS. \* No hay datos de tasa de mortalidad desagregados por pertenencia étnica.

- No corresponde

## Análisis de la Morbilidad

### **Enfermedades crónicas no transmisibles**

En el quinquenio 2000 – 2005 las enfermedades del *sistema circulatorio* se registraron en un 61% en grupos de edades superiores a 70 años, 18,1% para grupos de 60 a 69 años, y 10,9% para edades comprendidas entre 50 y 59 años; pero es motivo de preocupación el incremento en grupos de edades menores de 49 años (6%) y más aún en menores de 30 años de edad (3%). Siendo factores predisponentes la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias para los Infartos o Accidentes Cerebro Vasculares<sup>12</sup>.

*Los accidentes y la violencia.* El número de personas atendidas por lesiones debidas a accidentes de tránsito en 2005 fue de 5.279 personas, a diferencia de las cifras encontradas en 2001, de 9.536. Los accidentes de tránsito son los más frecuentes y le siguen los accidentes de trabajo y los ocurridos en el hogar.

12 MSP y BS. Departamento de Bioestadística. Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Vigilancia de la Salud.

## Enfermedades transmisibles

**Enfermedades inmunoprevenibles.** Se registraron 27 casos de *tétanos neonatal* en total a nivel país, desde el año 2001 al 2005. En relación a los casos confirmados de *difteria*, se detectó un enfermo en el año 2001; en el año 2002, un brote de 50 casos, concentrado mayormente en nueve distritos del departamento central. La mayor frecuencia se presentó en el grupo de 1 a 5 años, con mayor incidencia en el grupo de 1 año. En el año 2003, se registraron dos casos, y en el año 2004, se notificaron los últimos cuatro casos.

**Dengue.** Después de la epidemia del 2000<sup>13</sup>, causada por DEN-1, que afectó a todo el país, pero principalmente a Asunción, departamento Central y la frontera con Brasil, cada año se presentaron pequeños brotes o casos esporádicos, con circulación de DEN-1, DEN-2 y DEN-3, en diferentes puntos del país, especialmente área metropolitana y frontera con Brasil. Entre febrero y mayo del 2006 se registró un brote en Asunción y departamento Central, con 1.937 sospechosos y 1.213 confirmados (814 por laboratorio y 29 por nexo epidemiológico). El *Aedes aegypti* está ampliamente distribuido por todo el país, y la densidad vectorial es persistentemente alta. A partir de 2005 se ha incorporado la Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue en Paraguay, fortaleciendo las acciones en zonas fronterizas, consideradas de mayor vulnerabilidad. En 2007, hasta la semana epidemiológica No. 40 se tiene registrado 28.181 casos confirmados<sup>14</sup>.

**Leishmaniosis visceral.** Desde el año 2000 hasta septiembre de 2005 se han detectado un total de 52 casos de leishmaniosis visceral (LV) humana. La mayoría de los casos de LV humana provienen del departamento Central debido al establecimiento del ciclo de transmisión de la enfermedad por la convergencia de una alta proporción de perros con LV y vectores del parásito.

**Enfermedad de Chagas.** Paraguay cuenta con un Plan Nacional<sup>15</sup> en el que se propone la prevención de la enfermedad de Chagas mediante la interrupción de la transmisión vectorial, que en el Paraguay es exclusiva por el *Triatoma infestans*. En 1992 se elaboró el Plan Nacional de Control donde se pretendía rociar 250.000 viviendas en 10 años. Las encuestas serológicas en conscriptos arrojaron en un periodo de 25 años caídas del 60% (9% a 3.9%). En julio de 1995 se instaló un programa de control prenatal en los departamentos de Cordillera y Paraguari, que al 2002 ha permitido detectar 7.230 mujeres seropositivas para *T. Cruzi* con prevalencias de 15,5% y 13% respectivamente. Actualmente este Programa se ha extendido a los departamentos de Alto Paraná y Canindeyú. El control de calidad en bancos de sangre ha permitido una cobertura eficaz de la sangre transfundida con coberturas entorno al 98% sobre unos 40.810 donantes. En el 2002 el programa concluyó sus actividades de campo en Cordillera, Paraguari y San Pedro con un total de viviendas evaluadas de 41.303, 53.575 y 73.376, respectivamente. Los niveles de infestación a nivel departamental fueron entre 0,4% y 2%. Con respecto al sistema de vigilancia se puede mencionar el sistema de vigilancia en comunidades indígenas del Chaco, donde luego de un rociado general por infestaciones con promedios del 50%, se logró una cobertura del 72% y una re-infestación del 2,8% por *Triatoma infestans*. La prevalencia de seropositividad para *Trypanosoma cruzi* en bancos de sangre osciló entre 3,8% y 4,7% entre 1996 y 2000, y entre 2,8% y 4,5% de 2001 a 2005<sup>16</sup>.

**Hantavirus.** El número de casos del síndrome pulmonar por hantavirus, detectados desde el año 1987 hasta el año 2005, fueron un total de 128, con una letalidad del 26,0%, afectando principalmente a los del sexo masculino en un 73,0%, y la edad promedio fue de 32 años. La Región Sanitaria más afectada fue la de Boquerón; actualmente controlado sigue siendo motivo de alerta por su gravedad.

13 Epidemia ya descrita en la Publicación OPS Salud en las Américas 2002.

14 Informe de notificación obligatoria semanal. Dpto. Bioestadística. Dirección de Vigilancia de la Salud. MSPyBS.

15 MSP y BS/Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) - Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas. Informe 54XI Reunión de INCOSUR / Chagas, Asunción, Paraguay, marzo de 2002

16 Paraguay, MSP y BS, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Información no publicada. Asunción; 2006.

*Zoonosis*<sup>17</sup>. Entre 1990 y 2003 se registraron en Paraguay 48 casos de rabia humana, 41 casos transmitidos por perros (85,4%). Con la excepción de 2001 y 2003, en los demás años se reportaron casos de rabia humana transmitida por perros, con un máximo de 9 defunciones en 1998. En 2002 ocurrieron 5 casos de rabia humana: en 4 personas del departamento de Alto Paraná, la rabia fue transmitida por perros y en 1 del departamento del Guairá, transmitida por murciélago. En el período de 2001 a 2003 se diagnosticaron clínicamente, sin confirmación de laboratorio, 98% de los casos de rabia humana. Los procedimientos de autopsia ante casos sospechosos de rabia no están establecidos como obligatorios. Entre 1990 y 2003 se registraron 3.772 casos de rabia canina. La rabia canina presentó un descenso desde 1997, cuando se reportaron 582 casos, hasta el 2003 con 6 casos. El presupuesto para vacunas y sueros antirrábicos humanos esta asegurado en el país.

En 1997 el país obtuvo la certificación de país libre de fiebre aftosa con vacunación, otorgada por la Organización Internacional de Sanidad Animal (OIE), condición mantenida y reconocida durante 1998 y 1999<sup>18</sup>.

### 1.1.3. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO<sup>19</sup>

El segundo informe de seguimiento ODM Paraguay 2005, se fundamenta en las estadísticas disponibles, principalmente de las encuestas de hogares, hasta 2003. El informe reconoce las dificultades que ha tenido el país para el cumplimiento de los ODM, y analiza los Objetivos y Metas, considerando su proceso de cumplimiento, estableciendo que “No obstante, existen metas en proceso de Progreso compatible hacia el cumplimiento. Otras experimentan un Progreso insuficiente. Cabría esperar el cumplimiento de estas últimas en la medida que se constituyan en prioritarias mediante decisiones políticas y reciban la correspondiente asignación de recursos para financiar políticas públicas adecuadas. Varias de estas metas de Progreso insuficiente han sido consideradas con especial interés por el Gobierno de Paraguay. Por esta razón, el mismo ha fijado metas intermedias, para 2008 y/o 2011, como testimonio de su compromiso”.

La siguiente caja muestra los resultados del avance en el cumplimiento de las Metas y Objetivos del Milenio en 2005<sup>20</sup>.

---

17 Eliminación de la Rabia Humana transmitida por perros en América Latina: Análisis de la Situación. Informe Paraguay. PAHO 2005. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/vp/rabia-sit-par.pdf>

18 Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Situación de los programas de erradicación de la fiebre aftosa: América del Sur; 1999–2003.

19 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos de desarrollo del milenio: Informe del Paraguay 2005. Asunción, 2005. <http://www.undp.org.py/rc/ODMPY2005.pdf>.

20 Ibid.

### Caja 1: Estimación del proceso de cumplimiento de Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio

	OBJETIVOS	METAS	Proceso de cumplimiento	
			Metas	Objetivos
1	Erradicar la extrema pobreza y el hambre	1: Reducir a la mitad la proporción de personas en extrema pobreza.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
		2: Reducir a la mitad el porcentaje de personas que sufren hambre.	Progreso compatible	
2	Lograr la educación primaria universal	3: Asegurar que todos los niños y niñas tengan la posibilidad de completar la educación primaria	Progreso compatible	Progreso compatible
3	Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer	4: Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferentemente para 2005, y en todos los demás niveles educativos para 2015.	Progreso compatible	Progreso compatible
4	Reducir la tasa de mortalidad de la niñez	5: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de 5 años.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
5	Mejorar la salud materna	6: Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
6	Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	7: Haber detenido y comenzado a invertir la propagación del VIH/SIDA.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
		8: Haber detenido y comenzado a invertir la incidencia del paludismo y otras enfermedades [tuberculosis] graves.	Progreso rápido en paludismo y Progreso insuficiente en tuberculosis	
7	Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente	9: Integrar los principios del desarrollo sustentable en las políticas y programas del país e invertir el proceso de pérdida de los recursos ambientales.	Progreso insuficiente	Progreso insuficiente
		10: Reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso a agua potable y saneamiento básico.	Progreso insuficiente	

**Notas:**

1) Las metas comprenden 1990-2015, a menos que se indique otro lapso.

2) No se incluye el ODM 8 porque el mismo carece de metas cuantificadas y con tiempo de cumplimiento

De acuerdo con las definiciones de la CEPAL utilizadas para calificar los procesos de cumplimiento de los ODM en Paraguay y la estimación del proceso de cumplimiento de Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, solo los objetivos 2 y 3 tienen un progreso compatible de ser cumplido, mientras que las metas restantes tienen un progreso insuficiente.

Según la fuente, “Paraguay presenta características diversas en los criterios de capacidad de seguimiento y evaluación, según las metas. En general, se cuenta con buena capacidad de recopilación de la información, la cual es de calidad; aunque con las insuficiencias en salud y medio ambiente. Sin embargo, el país carece de la capacidad de incorporar esos buenos datos estadísticos a las decisiones políticas. Los mecanismos de seguimiento y evaluación fluctúan entre una capacidad media e insuficiente”.

Previendo que “El escenario global de los ODM en Paraguay indica que tanto las metas de Progreso compatible con el cumplimiento, como las de Progreso insuficiente requerirán de un esfuerzo sostenido e importante. El logro de las metas pendientes dependerá de un crecimiento económico de calidad, el incremento en volumen y eficiencia del gasto social, de políticas de Estado de mediano y largo plazo y la participación de la sociedad nacional, en toda su diversidad. Alcanzar las metas –incluso las más difíciles tendrá como consecuencia un mejoramiento en la calidad de vida de paraguayos y paraguayas, condición necesaria para cruzar el umbral hacia un desarrollo humano superior”.

## 1.2. DETERMINANTES DE SALUD

### 1.2.1. DETERMINANTES POLÍTICOS

Después de 35 años de un gobierno dictatorial - el país lleva casi dos décadas de democracia incipiente - se están realizando esfuerzos en la búsqueda de lograr la vigencia efectiva del Estado de Derecho. En el año 1991 se realizaron las primeras elecciones municipales. Las últimas elecciones presidenciales y parlamentarias se realizaron en el 2003, consideradas democráticas por los observadores internacionales. El gobierno actual tiene vigencia hasta 2008.

Según el informe de Transparencia Paraguay<sup>21</sup>, en la administración pública existe una situación real deficitaria en lo que concierne a la transparencia, integridad y eficiencia, a pesar de importantes intentos de mejora.

La Constitución Nacional declara el Paraguay como República unitaria, indivisible y descentralizada. En ese contexto la descentralización del Estado tiene limitantes en su avance en consideración a la ausencia de un marco legal y las reglamentaciones orientadoras definidas, generándose como consecuencia una escasa autonomía y capacidad de decisión y gestión de las gobernaciones y los municipios.

### 1.2.2. DETERMINANTES ECONÓMICOS

A partir de 1997, se desencadenó una profunda recesión económica. Al finalizar el 2003 el PIB per cápita se situó en el 30,0%, por debajo del correspondiente a 1991. En los años 2002 y 2003, la moneda nacional acumuló una depreciación del 54,0%<sup>22</sup> y la inflación se elevó en el año 2002 al 14,6% luego de varios años de experimentar variaciones de sólo un dígito. En 2003 un aumento adicional de 9,3%<sup>23</sup> en el nivel general de precios disminuyó aún más la capacidad adquisitiva de la ciudadanía. La crisis económica, marcada por un estancamiento en las tasas de crecimiento del PIB, frente al persistente crecimiento demográfico, propicia el incremento del desempleo y subempleo y la pobreza estructural. La expansión del gasto social está limitada por el retroceso de la base productiva, a la que se suman la evasión fiscal y la estructura tributaria regresiva.

21 Transparencia Paraguay. Índice de Transparencia, Integridad y Eficiencia- 2005 medición de la administración pública basada en elementos objetivos. Asunción, 2006.

22 Paraguay, Banco Central del Paraguay. Cuentas Nacionales No. 40. Asunción, 2004.

23 Paraguay, Banco Central del Paraguay. Informe Económico Abril 2005. Asunción.

En el cuadro 6 se pueden observar, en promedio para el período 1997/2004, que el gasto público en salud en relación al gasto público total fue del 6,5%, mientras que el gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto fue del 7,2%. Además el gasto total en salud per cápita fue de 93,1 dólares.

El cuadro 7 muestra que el gasto en salud en miles de dólares para el año 2004 fue direccionado, en el caso del sector público, un 34,5% a Productos, Útiles y Equipos médicos, 26,9% a Servicios Hospitalarios y 18,6% a Servicios para Pacientes Ambulatorios, entre las principales cuentas. Para el caso del sector privado, el 67,7% fue direccionado a Productos, Útiles y Equipos médicos, y el 26,3% a los Servicios Hospitalarios.

**CUADRO 6: TENDENCIA DE ALGUNOS INDICADORES ECONOMICOS, PARAGUAY, 1995-2005**

INDICADOR	PROMEDIO QUINQUENAL	
	1995 - 1999	2000 - 2005
PIB per cápita en USD en precios constantes	1.490	1.362
Gasto Público per cápita (en USD)	296,4	238,7
Gasto Público total, % del PIB corriente	21,0	40,5
Gasto Público en salud, % del PIB corriente	2,9	2,7
Gasto Público en servicios de salud, % del PIB corriente	1,9	3,5
Gasto Privado en salud (en USD)	186.242.336,9	258.694.603,1
Gasto de bolsillo en salud (% gasto total en salud)	49,4	56,6
Tasa de Inflación anual	9,0	9,0
Deuda externa, % en relación al PIB	19,0	37,4
Servicio de la deuda externa, % en relación al PIB	2,1	3,8

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS. Informe Económico. BCP.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

**CUADRO 7: GASTO PÚBLICO POR SUB SECTOR Y FUNCIÓN, PARAGUAY, 2004**

FUNCIONES	Productos, Útiles y Equipos médicos	Servicios para Pacientes Ambulatorios	Servicios Hospitalarios	Servicios de Salud Pública	Investigación en Salud	Salud n.e.p.
<b>Sectores</b>						
Sub sector Público	35.828.944,8	19.307.194,7	27.912.348,1	9.099.702,4	812.605,4	10.939.424,9
Sub sector Privado	154.646.040,6	494.196,4	60.023.106,9	0,0	0,0	13.160.831,7
<b>Total</b>	<b>190.474.985,4</b>	<b>19.801.391,1</b>	<b>87.935.455,1</b>	<b>9.099.702,4</b>	<b>812.605,4</b>	<b>24.100.256,6</b>

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

En el cuadro 8 se puede observar la población total por condición de pobreza, por área de residencia y sexo como características seleccionadas. El Gobierno paraguayo cuenta con tres iniciativas para enfrentar a la pobreza<sup>24</sup>; en las tres se observa la inclusión de la perspectiva de género y de grupos excluidos como indígenas, pero sin avances significativos en su implementación.

En el cuadro 9, se observa la población de 10 años y más de edad ocupada por condición de pobreza, según sexo y condición de informalidad en el trabajo, para el año 2005. Según la EPH 2006<sup>25</sup> la “tasa de desempleo abierto”, que muestra la proporción de la fuerza de trabajo que no tiene empleo, pero que desea tenerlo e hizo alguna gestión para obtenerlo, refleja que el 6,7% de la mano de obra del país se encuentra desempleada, con diferencias significativas según se trate de áreas urbanas o rurales (8,9% en áreas urbanas y 3,6% en áreas rurales).

**CUADRO 8: POBLACIÓN TOTAL POR CONDICIÓN DE POBREZA, SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, PARAGUAY, 2005**

CARACTERÍSTICA	CONDICIÓN DE POBREZA			
	Total	Pobre Extremo	Pobre no extremo	No pobre
<b>Área de residencia</b>				
<b>Total</b>	<b>5.837.253</b>	<b>902.294</b>	<b>1.327.908</b>	<b>3.607.051</b>
Urbana	3.383.873	392.158	940.414	2.051.301
Rural	2.453.380	510.136	387.494	1.555.750
<b>Sexo</b>				
Hombres	2.916.060	461.658	652.982	1.801.420
Mujeres	2.921.193	440.636	674.926	1.805.631

Fuente: DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares 2005.

El análisis del desempleo abierto por sexo revela que esta situación afecta en mayor proporción a las mujeres que a los hombres, 8,8% y 5,3% respectivamente; tanto en áreas urbanas como rurales. El “desempleo oculto” incluye a las personas que no tienen empleo y no realizaron gestiones para conseguirlo, pero que están dispuestos para trabajar si le ofrecieran un empleo. Este grupo es parte de la población considerada económicamente inactiva. De acuerdo a la información proveniente de la Encuesta de Hogares 2006, la tasa de desempleo oculto es de 4,7% y no se aprecian diferencias importantes según el área de residencia, aunque por sexo se observan contrastes relevantes a favor de los hombres (la tasa observada para las mujeres representa casi cuatro veces la de los hombres: 8,1% contra 2,4%).

24 El Plan de Crecimiento Económico con Equidad, la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (ENREPD) y la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social elaborada por la Dirección del Plan de Estrategia de Lucha contra la Pobreza.

25 Fuente: DGEEC. EPH 2006

**CUADRO 9: POBLACIÓN DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD OCUPADA<sup>1</sup> POR CONDICIÓN DE POBREZA, SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE INFORMALIDAD<sup>2</sup> EN EL TRABAJO, PARAGUAY, 2005**

SEXO Y CONDICIÓN DE INFORMALIDAD EN EL TRABAJO	CONDICIÓN DE POBREZA			
	Total	Pobre Extremo	Pobre no extremo	No pobre
<b>Ambos Sexos</b>	<b>2.617.708</b>	<b>306.592</b>	<b>489.991</b>	<b>1.821.125</b>
Informal	613.781	61.266	175.341	377.174
Resto	2.003.927	245.326	314.650	1.443.951
<b>Hombres</b>	<b>1.598.232</b>	<b>213.224</b>	<b>300.751</b>	<b>1.084.257</b>
Informal	369.306	40.977	110.495	217.834
Resto	1.228.926	172.247	190.256	866.423
<b>Mujeres</b>	<b>1.019.476</b>	<b>93.368</b>	<b>189.240</b>	<b>736.868</b>
Informal	244.475	20.289	64.846	159.340
Resto	775.001	73.079	124.394	577.528

Fuente: DGEEC: Encuesta Permanente de Hogares 2005

<sup>1</sup> Se excluye a los ocupados con categoría de obrero/empleo público y empleado doméstico.

<sup>2</sup> Trabajadores Informales: comprende a los ocupados con categoría de obrero/empleo privado o trabajador independiente (patrón o empleador, cuenta propia o familiar no remunerado), que trabajan en empresas de 5 o menos personas, excluyendo a los trabajadores del sector primario, a los que trabajan como gerentes, profesionales, técnicos y afines y a los trabajadores del sector público y empleados domésticos.

### 1.2.3. DETERMINANTES SOCIALES

La matrícula bruta del preescolar pasó de 27,0% en 1990 a 81,0% en 2001; la de la educación escolar básica de primer y segundo ciclos se mantuvo alrededor del 100% y la del tercer ciclo pasó de 27,0% a 53,0%. La tasa bruta de la matrícula de la educación media fue de 22,0% en 1990 y de 44,0% en 2001<sup>26</sup>.

La tasa nacional de analfabetismo fue de 9,7% en 1992 y de 7,1% en 2002. La principal brecha se encuentra entre la cifra nacional y la de la población indígena, que presenta 51% de analfabetismo. El promedio de años de estudio para la población de 15 años y más fue de 7,1 años en el 2002 sin diferencias entre sexos, ligeramente superior al de 1992, de 6,4 años. Los indígenas tienen apenas 2,2 años promedio de estudio. Sigue una marcada diferencia entre zona urbana y rural, aunque con disminución de la brecha: de 8,1 a 8,4 años respectivamente en los dos censos para zona urbana y 4,5 y 5,3 años, respectivamente para zona rural. La tasa de analfabetismo ha ido decreciendo, según los datos aportados por la DGEEC y EPH para el 2005 fue de 5,1%, inferior al 9,7 % presentado en el año 1992 a nivel país.

Para el área urbana la tasa de analfabetismo que fue de 5,8% en el año 1992 baja a 3,2% en el 2005. En el área rural baja de 14,3% en 1992 a 8,0% para 2005. Por sexo las mujeres tienen mayor porcentaje de analfabetismo, 11,4% en 1992 y 7,5% para el 2003, en relación a 8,0% para los varones en 1992 y 5,6% en el 2003. En general la población analfabeta de 9,7% se redujo a 5,1%, en los últimos quince años.



## 1.2.4. DETERMINANTES MEDIO AMBIENTALES

A pesar del avance de los últimos años, hay baja cobertura de agua y saneamiento básico, con una enorme brecha urbano-rural, y especialmente para la población indígena. De 1992 a 2002, la población total del país cubierta por agua con conexión domiciliaria pasó de 29,8% a 63,4% (84,4% de la población urbana y 35,5% de la población rural)<sup>27</sup>. Los mayores porcentajes de cobertura por conexión domiciliaria en el país corresponden a Asunción<sup>28</sup> con 97,2%, y entre los departamentos, al Departamento Central, con 86,4%. De los 46,4% de la población total servida por conexión domiciliaria en el país, 60% pertenecen a los hogares del quintil más rico de la población y solamente 30,3% pertenecen al 20% más pobre de la población. Al aumento de cobertura no se ha sumado la mejoría de la calidad del agua; en gran parte de las pequeñas comunidades y área rural, la desinfección del agua de consumo es realizada de forma irregular o no es realizada.

La cobertura por alcantarillado sanitario es baja y sin avances considerables: pasó de 7,2% en 1992 a 9,4% en el 2002<sup>29</sup>, concentrada en el sector urbano (16,0% de cobertura). Asunción, con un 70,5%, tiene la mayor cobertura en alcantarillado del país; en 10 departamentos las coberturas son inferiores al 5%. 49,2% del total de los hogares eliminan sus excretas a través de pozo ciego, con 62,5% del total del área urbana y 30,0% del área rural. Utilizan letrina común 35,5% del total de los hogares, 15,2% del área urbana y 64,8% del área rural. Utilizan otro sistema, 2,8%, y no tienen baño, 1,1% de la población<sup>30</sup>. Solo 10% de las aguas residuales recolectadas son tratadas en el país, a través de lagunas facultativas.

La tasa promedio de generación de residuos sólidos urbanos es alrededor de 1,0 kg /persona/día, variando entre 0,5 y 1,8 Kg./persona/día; unas 3.700 t/día se producen en las poblaciones urbanas<sup>31</sup>. Se recolecta el 33,6% de los residuos generados en el país (55,6% en el área urbana y 2,5% en el área rural); 54,5% de la población total del país (35,9% en el área urbana y 80,1% en el área rural) quema la basura<sup>32</sup>. La disposición final de los residuos es en vertedero a cielo abierto en un 72% frente a 28% de disposición controlada<sup>33</sup>, esta última principalmente en el vertedero del área metropolitana.

Desde 2004 está vigente la Ley No. 2.524 “de prohibición en la región oriental de las actividades de transformación y conversión de superficies con cobertura de bosques”. En 2005 fue aprobada la Política Ambiental Nacional (PAN) del Paraguay. Asimismo, se ha establecido la Estrategia Nacional y Plan de Acción para la Conservación de la Biodiversidad del Paraguay, 2004-2009.

En el país se presentan inundaciones periódicas, debidas principalmente al gran crecimiento del río Paraguay y sus tributarios, río Paraná y otros, afectando las poblaciones de barrios bajos o marginales que habitan la ribera de los ríos. En el Chaco, la sequía es un desastre crónico.

27 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002: Resultados finales. Fernando de la Mora, 2004.

28 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. EPH: principales resultados EPH/2003, 2004.

29 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002: Resultados finales. Fernando de la Mora, 2004.

30 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. EPH: principales resultados EPH/2003, 2004.

31 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Evaluación Regional de los Servicios de Manejo de Residuos Sólidos Municipales: informe de Paraguay.—OPS/OMS, 2004

32 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002: Resultados finales. Fernando de la Mora, 2004.

33 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Evaluación Regional de los Servicios de Manejo de Residuos Sólidos Municipales: informe de Paraguay.—OPS/OMS, 2004

## 2. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

### 2.1 RECTORÍA

La Constitución Nacional promulgada en 1992, en el Art. 68 trata del Derecho a la Salud y establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Los valores básicos asumidos por el sector salud son la universalidad de cobertura, la integralidad de prestaciones, la igualdad de beneficios, la solidaridad y la responsabilidad social.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Paraguay está regulado por la Ley 1032/96<sup>34</sup> que establece en el artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) por Decreto 21.376/98 tiene el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva.

El sistema de salud en el Paraguay presenta una alta segmentación a nivel de proveedores y una falta de articulación de los diferentes subsectores. Existe superposición de acciones entre los diferentes subsectores, entre el MSP y BS y el Instituto de Previsión Social (IPS), así como entre el IPS y el sector privado. La falta de coordinación institucional trae como consecuencia la duplicación de actividades que se refleja en la distribución de establecimientos de salud localizados en las mismas áreas geográficas del país y su ausencia en otras localidades. No existe separación de funciones. El MSP y BS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El IPS y el sector privado desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento.

La Ley 1032, de 1996, dio las pautas para la descentralización en el Paraguay, que son reglamentadas mediante el Decreto 19.966/98. En 1998 se realiza una experiencia piloto, de la cual hacen parte 23 municipios, que suscribieron acuerdos de descentralización, de los cuales solo 10 implementan efectivamente esta modalidad de gestión. Según los referentes nacionales, “esta experiencia dura tres meses y no logra afianzarse, se extingue con el cambio de ministro. En 1999, 17 municipios renovaron el acuerdo de descentralización pero sin logros muy especiales<sup>35</sup>”. Durante el 2000 se desarrolló una experiencia; 15 experiencias fueron implementadas a partir de 2004 y 16 experiencias en el 2005. Todavía no se cuenta con evaluación de impacto. Las experiencias citadas se enmarcan jurídicamente dentro de “acuerdos de descentralización”, establecidos entre el MSP y BS e instituciones que conforman su red de servicios, puesto que el país no ha implementado jurídica, administrativa y financieramente acciones que establezcan la descentralización para el sector salud. Los resultados según el nivel institucional en el que se han desarrollado, se centran en 11 centros de salud, 9 hospitales distritales y 12 hospitales regionales<sup>36</sup>.

34 Ley 1.032/96 que establece la creación del Sistema Nacional de Salud.

35 CIRD/USAID. El Informativo de la Salud. Julio/agosto 2005.

36 Esta es posiblemente la experiencia de mayor riqueza nacional, ya que cubre al 65% de los hospitales nacionales (11 de los 17 hospitales han firmado acuerdos). 7 de dichos acuerdos se han firmado a partir del primer semestre del 2005, y los restantes a partir del julio del 2004.

### 2.1.1. MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

En el caso del Paraguay, no se ha realizado a la fecha una evaluación del desempeño de la función rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), que permita la elaboración del respectivo mapeo. En el cuadro 10 se presenta un mapeo de la ASN que ha sido elaborado por el equipo responsable de elaborar el perfil de salud, y no ha de considerarse como una versión oficial.

### 2.1.2. CONDUCCIÓN DE LA POLÍTICA GENERAL DE SALUD

El ámbito legal en el cual se inserta la Política Nacional de la Salud está integrado por el Decreto Ley N° 2001 de 1936 que crea el Ministerio de Salud, estipulando su funcionamiento con rango de Secretaría de Estado y definiendo la organización y administración del Servicio Sanitario de la República del Paraguay para promover la salubridad general y proveer asistencia sanitaria a la población de todo el país; la Constitución Nacional de la República del Paraguay del año 1992, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; el Código Sanitario Ley N° 836/80, y los Decretos, Leyes y Resoluciones respectivas.

El MSP y BS como unidad rectora establece las políticas de salud y habilita los programas de salud de acuerdo a la necesidad real de salud que presenta la población. Los programas tienen cobertura nacional y participan activamente todos los servicios de salud, tanto públicos como privados.

**CUADRO 10: MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA EN PARAGUAY, 2007\***

	<b>Marco Legal</b>	<b>Institución Responsable</b>	<b>Institución Ejecutora</b>
<b>Conducción</b>	<p>Ley Orgánica del MSP y BS, Decreto-Ley N° 2001/1936. Organización y Administración del Servicio Sanitario de la República del Paraguay para promover la salubridad general y proveer asistencia sanitaria a la población de todo el país.</p> <p>Ley N° 836/80, Código Sanitario.</p> <p>Ley N° 1032 del 30 de diciembre de 1996 "Que crea el Sistema Nacional de Salud"</p> <p>Decreto 21.376/98 tiene el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva.</p> <p>El Decreto N° 4.674/99 reestructura el MSP y BS.</p>	MSP y BS	MSP y BS
<b>Regulación</b>	Ley 2.319 "Que establece las Funciones y Competencias de la Superintendencia de Salud".	Superintendencia de Salud	Superintendencia de Salud
<b>FESP</b>	Medición Nacional, 13-15 Febrero, 2002	MSP y BS	MSP y BS
<b>Modulación Financiamiento</b>	<p>Fondo Nacional de Salud. Establecido en la Ley 1032 (Artículo 40°), como la Dirección Ejecutiva Financiera encargada de desarrollar la política del financiamiento del Sistema, previa aprobación del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>El financiamiento del Sistema se basa en los recursos presupuestarios establecidos para cada sub-sistema o entidad que lo integra (Artículo 41°). A la fecha no ha iniciado su operación.</p>	<p>MSP y BS</p> <p>No implementado</p>	MSP y BS
<b>Garantía Aseguramiento</b>	Dto. Ley No.1860/50. Se amplía el campo de aplicación del seguro, y el IPS es creado como un ente autárquico y autónomo.	IPS	IPS
<b>Armonización de la Provisión</b>	<p>Decreto 19.966/98<sup>1</sup></p> <p>Decreto 22.369/98 funciones de la Dirección Medica Nacional</p>	<p>MSP y BS</p> <p>MSP y BS No implementada</p>	<p>MSP y BS</p> <p>MSP y BS No implementada</p>

Elaborado por equipo de redacción del perfil del sistema de salud de Paraguay.  
\* Versión no oficial ni validada con las autoridades nacionales.

La Política Nacional de Salud 2005-2008 “Construyendo Juntos una Política de Estado - Salud para todos con equidad”, tiene como pilares: a) Reforma de la salud; b) Promoción de la salud; c) Protección social en salud con financiamiento solidario y aseguramiento; d) Salud ambiental y saneamiento básico; e) Desarrollo de los recursos humanos y de la educación permanente.

La conducción de la cooperación internacional se realiza bajo la coordinación técnica de la Unidad Técnica de Relaciones Internacionales –UTRI<sup>37</sup>- y la movilización de recursos financieros en los dos últimos quinquenios ha sido de:

#### **CUADRO 11: RECURSOS FINANCIEROS DE LA COOPERACIÓN EXTERNA PARAGUAY 1995-2005**

RECURSO	PROMEDIO DEL PERÍODO	
	1995 - 1999	2000 - 2005
Reembolsables (en dólares US)	12.180.935	11.068.036
No Reembolsables (en dólares US)	2.440.374	52.205
<b>Total</b>	<b>14.621.308</b>	<b>11.120.241</b>

Fuente: “Cuentas de Salud 2002 - 2004”. MSP y BS-OPS/OMS. Informe Económico. BCP  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS

### 2.1.3. REGULACIÓN SECTORIAL

Las funciones de regulación sectorial y de autoridad sanitaria son compartidas por el MSP y BS, y la Superintendencia de Salud, respectivamente.

Las principales normas jurídicas que tienen relación con la reforma sanitaria son: la Ley 1032/96 de creación del SNS; el Decreto 19.996/98 que reglamenta la descentralización sanitaria local; el Decreto 20.553/98 que reglamenta la Superintendencia de Salud; el Decreto 21.376/98 que establece la nueva organización funcional del MSP y BS, y el Decreto 22.369/98 que establece las funciones de la Dirección Médica Nacional, aun no conformada. El Decreto 19.966/98 define la equidad en su artículo 8 como “orientar los recursos disponibles en todos los niveles de atención, para la prestación sanitaria integral de la población, sin discriminación política, económica o social”. El Decreto menciona en algunos párrafos la coordinación interinstitucional (dentro del sector) pero no hay referencias a la coordinación intersectorial. El Decreto No.20.553/98 reglamenta los artículos 31° y 33° de la Ley N° 1032/96, que establece la Superintendencia de Salud, como organismo técnico de control y supervisión del Sistema Nacional de Salud. El Decreto N° 4.674/99 reestructura el MSP y BS.

La Superintendencia de Salud es creada por Ley N° 1032 del 30 de diciembre de 1996 “Que crea el Sistema Nacional de Salud”. Es una Dirección Ejecutiva del Sistema Nacional de Salud, reglamentada por Decreto N° 20.553 del 6 de abril de 1998. Opera institucional y oficialmente desde el 10 de mayo de 1999, año que se constituye en el punto de partida del proceso de consolidación, con la misión institucional de apoyar al Consejo Nacional de Salud para alcanzar la máxima eficiencia en la asignación y utilización de los recursos y servicios destinados a la atención de la salud, a través de la supervisión, auditoría y control técnico a las entidades prestadoras de servicios de salud. A partir del 13 de septiembre de 2006, con la promulgación de la Ley 2.319 “Que establece las Funciones y Competencias de la Superintendencia de Salud”, se constituye con fuerza legal en un organismo técnico de control de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

37 La UTRI es una Dirección General dependiente del Gabinete del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y tiene como objetivo general “Coordinar los compromisos internacionales suscritos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social que responda a los intereses nacionales”. Fuente: Resolución S.G. No.638/2006. Estructura Orgánica y Manual de Funciones Unidad Técnica de Relaciones Internacionales.

## 2.1.4. DESARROLLO DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA (FESP)<sup>38</sup>

La medición de las FESP en el Paraguay 2002, fue un proceso complejo, hecho que determinó la puntuación en los resultados presentados. Según la fuente con respecto al análisis general de los resultados, “cabe señalar, la necesidad de relativizar la interpretación de los resultados obtenidos en función de los posibles sesgos que hayan surgido por las características de cada uno de los grupos que analizaron cada función. En el caso de esta aplicación, la amplia participación de los distintos niveles de gestión del MSP y BS y del sistema nacional de salud, hace que en los resultados generales estas diferencias se atenúen dada la representatividad de los respondientes. El desempeño es considerado medio inferior, teniendo en cuenta el enfoque asistencialista histórico y no el de prevención, actualmente se debe manejar el nuevo paradigma de la Salud Pública, el mismo es nuevo y en Paraguay, el Ministerio de Salud es una entidad rectora pero a la vez prestadora de servicios. Existe un desfase entre la función 7 y 9, atendible ya que la función 7 se refiere a cantidad de prestaciones y la 9 calidad”.

### **Las funciones de más bajo desempeño en la evaluación fueron:**

- FESP 9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva. 17%
- FESP 10. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública. 28%
- FESP 6. Regulación y fiscalización en Salud Pública. 43%

### **Con respecto a las funciones con mejor desempeño, el informe concluye:**

- FESP 3. Promoción de la salud. 77%
- FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. 67%
- FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios. 66%

A continuación se presentan de manera detallada los resultados de la medición para las funciones con más bajo y más alto desempeño: <sup>39</sup>

**Funciones con más bajo desempeño:** Según los resultados de la medición del desempeño de las FESP ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Paraguay en el 2002, con respecto a las funciones de más bajo desempeño -9, 10, 6- se concluyó que:

**FESP 9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva.** La evaluación de esta función es una de las más bajas de las once FESP analizadas en el ejercicio. Su promedio general es de 17% y el desempeño es evaluado en 0 o cercano a 0 en materia de evaluación de satisfacción de los usuarios con la calidad. Hay ejemplos de evaluación de la satisfacción como el COPE (Cliente Orientado Proveedor Eficiente), Manual de acreditación de Hospitales por Niveles de Complejidad y Sistema de Referencia y Contra referencia del P.A.I.(Programa Ampliado de Inmunización) aunque todo es considerado insuficiente ya que las preguntas se dirigen a ámbitos tales como: Seguridad, Efectividad, Consto Efectividad, Utilidad y Costo utilidad. Los servicios y apoyo a los niveles subnacionales para desarrollar programas de mejora de calidad se encuentran poco desarrollados.

38 Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Paraguay. Resultados del taller de aplicación del instrumento de medición de las funciones esenciales de salud pública llevado a cabo en succión del 13 al 15 de Febrero de 2002. MSP y BS-OPS/OMS.

39 Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública Ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Paraguay. Resultados del taller de aplicación del instrumento de medición de las funciones esenciales de salud pública llevado a cabo en Asunción del 13 al 15 de Febrero de 2002. MSP y BS-OPS/OMS.

En materia de gestión tecnológica, si bien existe la Unidad de Gestión Tecnológica con creación reciente, se destaca la ausencia de desarrollo de esta área de trabajo en los servicios.

En lo que respecta a la definición de estándares hay un importante camino por recorrer, ya que pese a existir programas en desarrollo en importantes instituciones que forman parte del sistema de salud (laboratorios de referencia, por ejemplo), los procesos y definiciones deben extenderse al conjunto del sistema de salud y sistematizarse para su evaluación continua.

**FESP 10. Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública.** Esta función es evaluada en promedio en un 28% de desempeño respecto al estándar. Existe una agenda de investigación en salud prioritaria, preparada por la ASN para orientar a la comunidad científica y a las instancias nacionales e internacionales dedicadas al financiamiento de investigación, falta su difusión e implementación.

En materia de desarrollo de capacidades institucionales para la investigación, si bien el nivel que exhibe el país es superior al del primer indicador, se evalúa negativamente la ausencia de normas y procedimientos que regulen la investigación efectuada en las instalaciones del MSP y BS, así como la preocupación intencionada por difundir los resultados de investigaciones relevantes para la toma de decisiones al interior de la ASN. También se destacan algunas carencias en materia de recursos informáticos para la investigación en salud poblacional.

Finalmente, el apoyo a los niveles subnacionales en materia de preparación para la investigación operacional es sumamente limitado.

**FESP 6. Regulación y fiscalización en Salud Pública.** La evaluación promedio de esta función en un 43%, oculta un desempeño muy irregular de sus indicadores, siendo los más bajos en desempeño el 2, que mide básicamente la capacidad de fiscalización y el 4, que, coherentemente, evalúa muy bajo la asesoría que se brinda al nivel subnacional en materia de elaboración y capacidad de hacer cumplir las normativas.

El Ministerio de Salud en Paraguay tiene aun doble rol normativo y proveedor de Servicios por lo que la función de Rectoría no puede fortalecerse.

Existen algunas dependencias como Control de la Medicamentos, Control de Establecimientos, Superintendencia de Salud, Control de Alimentos que tienen actividades de fiscalización en funcionamiento, pero no como un Sistema de Regulación.

La fiscalización obtiene bajos puntajes dada la insuficiente supervisión de los fiscalizadores, las carencias en materia de incentivos para este personal, y la ausencia de una política explícita de prevención de la corrupción y el abuso de autoridad.

La capacidad de revisar normas en el nivel nacional es evaluada positivamente, salvo en materia de participación de las comunidades entre el grupo de actores consultados a la hora de elaborar normas y en lo que dice relación con el reconocimiento de los impactos esperados y no esperados de las nuevas normativas.

Finalmente, pese a que la capacidad de los recursos humanos es bien evaluada en general, se destacan las carencias en número de fiscalizadores y en recursos institucionales y financieros para el apoyo de su labor. Se reconocieron falencias también en materia de capacitación de este personal. La vigilancia esta desconcentrada pero no descentralizada.

**Funciones con mejor desempeño:** Según los resultados de la medición del desempeño de las FESP ejercidas por la Autoridad Sanitaria en Paraguay en el 2002, con respecto a las funciones con mejor desempeño -3, 8 y 7-, el informe concluye:

**FESP 3. Promoción de la salud.** La Función de Promoción de Salud fue evaluada globalmente con un 77% de desempeño respecto al estándar definido en el instrumento. Las respuestas negativas se concentran en

las áreas de evaluación que se incluyen en el indicador 1 (evaluación de resultados de las intervenciones dirigidas a promover conductas saludables), 2 (evaluación y corrección del plan de promoción), y 3 (evaluación de resultados de campañas de comunicación masiva, materiales educativos, líneas telefónicas, oficinas de información).

Los participantes destacaron el apoyo político que se brinda a la estrategia de promoción de salud, pero señalaron como carencias relevantes la ausencia de fondos concursables para el desarrollo de proyectos de promoción por parte de organizaciones comunitarias y la ausencia de un sistema formal de estímulo a la promoción dirigido a premiar el desempeño de los equipos de salud.

Se respondió también negativamente a las preguntas relacionadas con la asignación de recursos específicamente dirigidos a la promoción y a las acciones dirigidas a asegurar la coherencia de la estrategia de promoción en todo el país.

Es destacable el puntaje relativamente alto asignado al indicador 4, dirigido a evaluar la reorientación de los servicios hacia la promoción, actividad que es reconocida como la más dificultosa de aquellas recomendadas por las conferencias internacionales acerca del tema. Sin perjuicio de lo anterior debe señalarse que en un área de gran importancia para la sustentabilidad de estos esfuerzos de reorientación de los servicios, cual es la de la introducción de incentivos económicos y mecanismos de pago favorecedores de la promoción en la APS, las respuestas del grupo fueron negativas. La carencia de fórmulas explícitas de acreditación de profesionales con formación en promoción de salud es también digna de destacar.

La asesoría a los niveles subnacionales en esta área es muy bien evaluada por los participantes, lo que constituye una fortaleza de la cultura organizacional del MSPBS.

Como comentario general que fluye de la observación de la discusión generada en el grupo encargado de responder las preguntas de esta función, vale la pena destacar que la mayor parte de los ejemplos de actividades promocionales mencionados se refirieron a acciones preventivas específicas o inespecíficas en la línea conceptual del modelo desarrollado hace ya algún tiempo por Leavell y Clark. Parece recomendable extender más la conceptualización de la promoción en cuanto estrategia, difundida a partir de la conferencia de Jakarta y ratificada en las cartas de Ottawa y México.

**FESP 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.** La función es evaluada en un 67% de rendimiento, reflejando al Ministerio de Salud y no al resto del Sector Salud destacándose la medición exhaustiva de la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo en salud pública pero la ausencia de criterios para llenar las brechas existentes en materia de cantidad y calidad de recursos humanos calificados.

También es importante destacar la falta de un sistema de información para la gestión de recursos humanos del MSP y BS, así como la falta de aporte de otras agencias de gobierno y de las comunidades en la evaluación de la calidad de la fuerza de trabajo efectuada por la ASN.

Pese a la existencia de programas de formación continua y de postgrado se destaca la ausencia de acuerdos formales con los centros de formación de personal en el nivel universitario. También parece relevante destacar la ausencia de políticas dirigidas a la detección y retención de líderes en los equipos de salud y de gestión. Los sistemas de evaluación de desempeño requieren de evaluación periódica.

Se enfatizó también la ausencia de evaluación sistemática de los conocimientos y destrezas adquiridas por quienes se han sometido a programas de formación de postgrado o educación continua una vez que estos vuelven a sus sitios de trabajo.

Finalmente, pese a la existencia de programas específicos dirigidos a capacitar a los recursos humanos para el trabajo con comunidades de cultura diversa, se señaló la inexistencia de políticas dirigidas a incluir en los equipos de salud a personas procedentes de dichos grupos culturales y étnicos.



**FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.** El puntaje promedio de esta función es de 66%, destacándose la disminución de la puntuación de la que es responsable el indicador 1, ya que, de acuerdo a los participantes, la evaluación nacional del acceso a los servicios de salud carece de una definición de los servicios que se garantizan a la población, no incluye a los pagadores de servicios y seguros, no se orienta a la detección de desigualdades y a la promoción de la equidad. Los niveles subnacionales no participan en esta evaluación, que, sin embargo, tiene la virtud de detectar barreras de acceso debidas a múltiples factores.

Debe destacarse también la necesidad de mejorar la colaboración del IPS con las evaluaciones de acceso de la población a los servicios individuales y colectivos, así como la similar necesidad de incorporar a las universidades en la identificación de brechas de recursos humanos que pueden resultar cruciales para mejorar el acceso a los mismos servicios. Finalmente, es muy relevante señalar que, a juicio de los respondientes, no existen incentivos para que los proveedores avancen hacia la reducción de las desigualdades de acceso existentes.

### 2.1.5. ORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO

A la fecha la orientación del financiamiento sectorial sigue teniendo un alto componente relacionado con la asignación histórica, y una gran influencia del poder legislativo en la distribución e incremento de los recursos disponibles para el sector.

El MSP y BS ha venido realizando esfuerzos tendientes a fortalecer la vigilancia y el análisis del financiamiento sectorial mediante las cuentas nacionales de salud<sup>40</sup>. También se ha iniciado un proceso que permite el análisis del gasto público con relación al ciclo de vida y las funciones de atención<sup>41</sup>.

### 2.1.6. GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO

La ASN ha venido realizando esfuerzos a fin de garantizar el acceso a un conjunto de prestaciones, principalmente relacionadas con la salud materno infantil. Sin embargo estas prestaciones no son conocidas por toda la población y no se exige aún su prestación gratuita por desconocimiento de dichos derechos.

La Superintendencia de Salud ha venido trabajando en garantizar el aseguramiento a las prestaciones que el sector privado ofrece a sus afiliados, pero aún no se cuenta con una plena cobertura de dicho mercado.

### 2.1.7. ARMONIZACIÓN DE LA PROVISIÓN

A la fecha no se han desarrollado acciones por parte de la ASN, a fin de promover la complementariedad de los diversos proveedores, y extender la cobertura.

40 MSP y BS-OPS/OMS. Cuentas de Salud Paraguay 2002/2004. Octubre 2006.

41 MSP y BS-OPS/OMS. Financiamiento y Gasto por Función de Atención y Ciclo de Vida 2005/2006, MSP y BS. Diciembre 2007.

## 2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

### 2.2.1. FINANCIAMIENTO

**CUADRO 12: FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD, PARAGUAY, 1995-2005  
(EN MILES DE DOLARES US)**

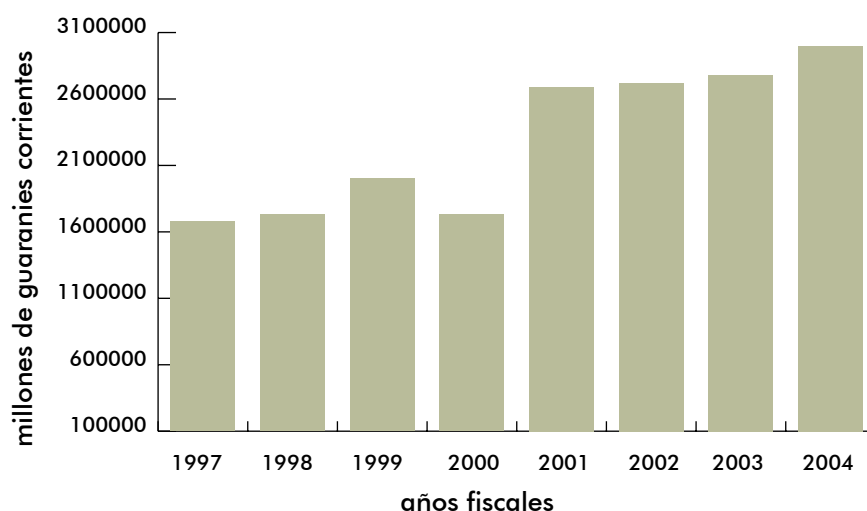
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PROMEDIO QUINQUENAL	
	1995 - 1999	2000 - 2005
Presupuesto Nacional Total (Gasto Público Total)	3.813.453	2.744.304
Presupuesto Nacional asignado al sector Salud (Gasto Total en Salud)	575.996	455.750
<b>Sub sector Público (Total)</b>	<b>249.278</b>	<b>179.607</b>
Ministerio de Salud	102.419	81.993
Seguridad Social	120.027	82.613
Otros (Clínicas, Materno, Sanidades, Gobernaciones, Municipalidades)	26.833	15.001
<b>Sub sector Privado (Total)</b>	<b>326.717</b>	<b>276.142</b>
Aseguradora Privada (Medicina Pre paga)	49.600	47.495
Proveedores Privados (Clínicas/Sanatorios Privados)	143.202	98.980
Gasto de Bolsillo (Curanderos, Farmacias, Ortopedia, Anteojos)	133.916	129.668

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS. Informe Económico. BCP.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

Durante el periodo que va desde 1997 a 2004, el gasto en el sector salud en Paraguay creció de 1,3 a 2,7 billones de guaraníes a precios corrientes, como se observa en el gráfico 2 siguiente.

Esta evolución es producto de dos componentes principales: un crecimiento real en la cantidad de recursos consumidos por el sector y el crecimiento o nivel de inflación generado por los precios de dichos recursos. La variación mencionada representa, en términos corrientes, un crecimiento acumulado de aproximadamente el 85% del gasto en salud para el periodo analizado.

**GRÁFICO 2. ESTIMADO DEL GASTO TOTAL EN EL SECTOR SALUD, PARAGUAY, 1997 – 2004**



Al comparar al sector salud con el resto de la economía del Paraguay, observamos que este sector represento un 7,2% del Producto Interno Bruto (PBI), en promedio para el periodo analizado (1997 – 2004). Esta proporción ha fluctuado durante este periodo. Desde el inicio del mismo en el 1997 ha aumentado sostenidamente partiendo desde un 6,3% (1997) hasta el punto máximo del periodo en el 2001 cuando alcanzo el 8,4%, a partir de aquí comenzó a disminuir hasta llegar al 6,5% en el 2004, como se observa en el cuadro 13.

**CUADRO 13: TENDENCIA DEL GASTO EN SALUD, PARAGUAY, 1977-2004<sup>42</sup>**

GASTO EJECUTADO	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Gasto público salud per cápita en USD	45,2	46,2	44,4	45,1	34,3	25,8	23,1	26,7
Gasto público salud / Total del Gasto Público	5,3	6,8	8,0	8,1	7,2	5,8	5,1	5,4
Gasto total salud per cápita en USD	113,7	101,7	98,9	112,3	97,3	76,4	68,6	75,7
Gasto total salud, como % del PBI	6,3	6,5	7,2	8,4	8,4	7,8	6,6	6,5

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

El Gasto Público en Salud representa en promedio el 35,6% del gasto total en salud para el periodo 2000 – 2004, mientras que el Gasto Privado en Salud abarca el 64,4%. En lo que respecta al gasto per capita en salud en guaraníes, el gasto público fue en promedio 152.569 guaraníes y el gasto privado fue de 277.108 guaraníes, ambos en valores corrientes para el periodo analizado (2000/2004). Los valores per capita mencionados, si se presentan en dólares, se tiene que el público es de 31 dólares, mientras que el privado alcanza a 55 dólares, ambos en promedio para el mismo período.

Dentro del Gasto Público en Salud, las fuentes de financiamiento se observan en el cuadro 15 incluyendo o no al IPS. En el primer caso el sector público se financia, en promedio para el periodo 2002/2004, en un 70,8% con Recursos del Estado, en un 16,8% con Recursos Institucionales y un 12,4% con Crédito Externo. En el periodo mencionado, la fuente de financiamiento de recursos del estado ha crecido un 19,2%, la de Recursos Institucionales tuvo un aumento del 8,1% mientras que la de Crédito Externo disminuyó en un 19,4%.

**CUADRO 14: GASTO EN SALUD POR SUB SECTOR Y FUNCIÓN, PARAGUAY, 2004 (EN DOLARES US)**

FUNCIONES	Productos, Útiles y Equipos médicos	Servicios para Pacientes Ambulatorios	Servicios Hospitalarios	Servicios de Salud Pública	Investigación en Salud	Salud n.e.p.
<b>Sectores</b>						
Sub sector Público	35.828.944,8	19.307.194,7	27.912.348,1	9.099.702,4	812.605,4	10.939.424,9
Sub sector Privado	154.646.040,6	494.196,4	60.023.106,9	0,0	0,0	13.160.831,7
<b>Total</b>	<b>190.474.985,4</b>	<b>19.801.391,1</b>	<b>87.935.455,1</b>	<b>9.099.702,4</b>	<b>812.605,4</b>	<b>24.100.256,6</b>

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

42 Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS. Informe Económico. BCP.

Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS. Informe Económico - Banco Central del Paraguay.

Para el segundo caso, incluyendo en la clasificación al IPS, se tiene que la fuente de financiamiento de recursos del estado abarca el 41,9%, la de Recursos Institucionales el 50,7% y la de Crédito Externo el 7,4%, siendo la diferencia principal con respecto a la anterior clasificación, que todos los recursos que recibe el IPS son denominados Recursos Institucionales ya que provienen de los aportes obligatorios de los empleados y empleadores. En cuanto a la evolución (2002/2004) es la misma que la clasificación anterior para las Fuentes de Financiamiento de Recursos del Estado y de Recursos Institucionales, mientras que para la de Crédito Externo presenta un aumento del 21,1%. Esta información también se observa en el cuadro 15.

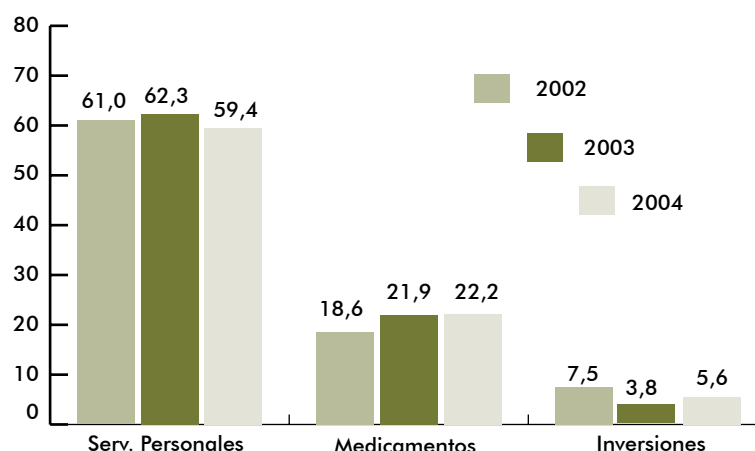
**CUADRO 15: FINANCIAMIENTO DEL SECTOR PÚBLICO DE SALUD, PARAGUAY, 2002-2004**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	S / I.P.S.		C / I.P.S.	
	2002 / 2004		2002 / 2004	
	Estructura % (Prom.)	Evolución	Estructura % (Prom.)	Evolución
Recursos del Estado	70,8	19,2	41,9	19,2
Recursos Institucionales	16,8	8,1	50,7	21,1
Crédito Externo	12,4	-19,4	7,4	-19,4

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

En lo que respecta al objeto del gasto, o sea, los bienes y servicios que se utilizan en el sector público para atender a la salud de las personas, se puede observar la clasificación en el gráfico 3. Durante el periodo analizado (2002/2004), en promedio, las cuentas de gasto más importantes del sector público son los Servicios Personales que abarcaron el 60,9%, los Medicamentos el 20,9% y las Inversiones un 5,6%.

**GRAFICO 3. GASTO DEL SECTOR PÚBLICO POR OBJETO DE GASTO, PARAGUAY, 2002-2004**



En el cuadro 16 se muestra el tipo de servicio prestado por el sector público a la salud de las personas, que incluye al MSP y BS. En el se puede observar, siempre en promedio para el periodo analizado, los principales servicios prestados son la atención curativa hospitalaria en un 35% y la atención curativa ambulatoria un 24,1%. Si se consolidan ambos se tiene que la atención curativa abarca aproximadamente el 59%, mientras que los servicios de prevención y salud pública alcanzan el 11,3% y la administración de salud y seguros de salud el 13,7%.

**CUADRO 16: GASTO DEL MSP Y BS POR FUNCIÓN DE ATENCIÓN, PARAGUAY, 2002-2004**

FUNCIÓN DE ATENCIÓN	Estructura % (promedio)	Evolución (crecimiento)
	2002 / 2004	2002 / 2004
Atención curativa hospitalaria	35,0	27,5
Atención curativa ambulatoria	24,1	28,0
Emergencias	4,8	65,9
Servicios de prevención y salud pública	11,3	38,8
Administración de salud y seguros de salud	13,7	21,3
Capacitación del Personal Sanitario	0,9	40,0

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

En cuanto a la evolución de las variables mencionadas, la atención curativa aumento, dentro del periodo 2002/2004, un 27,5, las Emergencias en un 65,9%, y los Servicios de prevención y salud pública en un 38,8%, entre los principales.

En el cuadro 17 se observa el gasto per capita tanto público como privado en guaraníes y en dólares. El cuadro 18 muestra que el Presupuesto Nacional Total de Paraguay, comparando los periodos 1995/1999 y 2000/2005, ha crecido aproximadamente 20%, mientras que el presupuesto de salud lo hizo en un 31,9%, de donde el sector público creció un 20% y el privado aproximadamente 41%.

**CUADRO 17: GASTO PER CAPITA (CORRIENTE) EN GUARANÍES Y DÓLARES PARAGUAY 2000-2004**

INDICADORES / PERIÓDOS	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Gasto Total en salud per cápita en guaraníes</b>	<b>393.107</b>	<b>401.715</b>	<b>441.193</b>	<b>439.983</b>	<b>472.390</b>
Gasto Público en salud per cápita en guaraníes	157.907	141.430	148.857	147.955	166.697
Gasto Privado en salud per cápita en guaraníes	235.200	260.284	292.337	292.028	305.692
<b>Gasto Total en salud per cápita en dólares</b>	<b>112,3</b>	<b>97,3</b>	<b>76,4</b>	<b>68,6</b>	<b>75,7</b>
Gasto Público en salud per cápita en dólares	45,1	34,3	25,8	23,1	26,7
Gasto Privado en salud per cápita en dólares	67,2	63,1	50,6	45,5	49,0

Fuente: "Cuentas de Salud 2002 - 2004". MSP y BS-OPS/OMS.  
Elaboración: Dirección General de Planificación y Evaluación. MSP y BS.

**CUADRO 18: FINANCIAMIENTO SISTEMA DE SALUD, PARAGUAY, 1995-2005 (EN MILES DE DOLARES US)**

INDICADORES / PERÍODOS	1995-1999	2000-2005
Presupuesto Nacional Total (Gasto Público Total)	11,440,359	13,721,520
Presupuesto Nacional asignado al sector Salud (Gasto Total en Salud)	1,727,987	2,278,748
<b>Sub sector Público (Total)</b>	<b>747,835</b>	<b>898,036</b>
Ministerio de Salud	307,256	409,967
Seguridad Social	360,080	413,066
Otros (Clínicas, Materno, Sanidades, Gobernaciones, Municipalidades)	80,499	75,003
<b>Sub sector Privado (Total)</b>	<b>980,152</b>	<b>1,380,712</b>
Aseguradora Privada (Medicina Pre paga)	148,800	237,473
Proveedores Privados (Clínicas/Sanatorios Privados)	429,606	494,901
Contratación por Servicios	0	0
Gasto de Bolsillo (Curanderos, Farmacias, Ortopedia, Anteojos)	401,747	648,338
Empresa Privada	0	0
Donaciones	0	0
Organismos Internacionales	0	0
Otros (especificar)	0	0

Existen dos entidades binacionales que aportan recursos al sector salud, a través de dos modalidades de contribución, intervención directa en infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud de la red de servicios del MSP y BS y, otra a través de la atención directa a las personas a través de clínicas móviles, sanatorios, consultorios y laboratorios.

## 2.2.2. ASEGURAMIENTO

En diciembre de 1996 se promulgó la Ley N° 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud, 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, sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. El Sistema Nacional de Salud busca: a) mejorar el acceso efectivo a la atención de salud, b) evitar la duplicación de la oferta de servicios, c) promover la coordinación intra e intersectorial, y la descentralización, d) mejorar el rendimiento de los recursos, e) promover la participación social y comunitaria, y f) mejorar la coordinación de todos los esfuerzos de cooperación técnica al proceso de Reforma Sanitaria. A partir de la vigencia de la Ley 1032/96 se buscó armonizar la provisión de servicios, pero no se obtuvo lo esperado y el Paraguay se sigue caracterizando por un sistema de salud altamente segmentado y fragmentado.

Los programas de Seguridad Social en Paraguay son de desarrollo relativamente reciente, con la instalación de las dos cajas más importantes: la Caja Fiscal que aglutina a los trabajadores de la Administración Centralizada y la Caja del Instituto de Previsión Social (creada en 1943), que cubre a los trabajadores asalariados del sector privado y de las empresas de la Administración descentralizada del Estado, para los riesgos de vejez, invalidez y muerte<sup>43</sup>.

### 2.2.2.1. Marco Legal

El marco legal para el IPS es el Decreto Ley No.1860/50, aprobado por la Ley No. 375/56. La regulación del sistema de jubilaciones en la República del Paraguay, se da través de la Ley N° 2345/2003 de Reforma y Sostenibilidad de la caja fiscal, sistema de jubilaciones y pensiones del sector publico. El sistema de jubilaciones y pensiones en el Paraguay se compone de 8 regimenes o entes regulados y 6 entidades privadas no reguladas. Entre el IPS, con casi el 50% de personas afiliadas en situación de activos, y la caja fiscal con mas del 50% de personas afiliadas en situación de pasivos, los dos principales entes del sector regulado reúnen aproximadamente el 94% de la población total cubierta por algún régimen de jubilación y pensión. Los 6 regimenes del sector regulado tienen bajo protección 9% de la población de beneficiarios/as, y en el sector no regulado hay 4% restante. El régimen de afiliaciones permite 3 categorías: la regular, la que incluye a todos los trabajadores en situación de dependencia y sus familias a cargo, cubre riesgos de accidentes, enfermedad, maternidad y vejez. El régimen especial incluye al servicio domestico, que esta trabajando en Asunción y departamento Central y al magisterio publico en todo el país, limitando la cobertura del ultimo grupo a los beneficios de enfermedad y maternidad. La última categoría corresponde a los veteranos de la Guerra del Chaco y sus beneficiarios con un régimen de privilegio no contributivo y con cobertura exclusiva de salud. Las jubilaciones pueden ser ordinarias de invalidez por enfermedad común y de invalidez por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

### 2.2.2.2. Beneficios

El MSP y BS, buscando cumplir con el mandato constitucional de entrega de servicios de salud pública a toda la población, atiende a la población en su red de servicios a través de una serie de prestaciones definidas a nivel programático, dentro de las cuales las más integrales se relacionan con el binomio madre niño. Muchos de estos beneficios son ofertados de manera gratuita<sup>44</sup>, sin embargo muchos usuarios desconocen estos derechos. El país no cuenta con un sistema de aseguramiento público definido como tal, a pesar de que se han realizado algunos estudios buscando generar dicha modalidad, principalmente para la población materna e infantil.

El IPS ofrece como beneficios a los trabajadores<sup>45</sup> cubrir los riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados de la República. La reglamentación aplicada es el Dto. Ley No.1860/50 del IPS, aprobado por Ley No. 375/56 y actualizado por Leyes No. 1085/65, 427/73 y 98/92. Para cada uno de estos riesgos se ha establecido:

43 Fuente: IPS Dirección de Planificación.

44 Se han promulgado una serie de resoluciones tendientes a fomentar la gratuidad de algunos servicios de salud, pero su implementación ha sido marginal. Se destacan entre otras: en salud reproductiva -gratuidad en DIU, colposcopia, biopsia de cuello de útero, ligadura post parto ligadura transcesarea, papanicolau (Res. 500/01); atención embarazadas y niños menores de 5 años (Res. 198/03); consultas e internación de niños menores 10 años (Res. 19/05); análisis para el diagnostico laboratorial de patologías que afectan a la salud pública (sarampión , rubéola, dengue, fiebre amarilla, hantavirus,virus respiratorios, diarrea, difteria, coqueluche, tuberculosis, cepas bacterianas, leptosporosis, leishmania, malaria, gota gruesa) (Res. 456/03); análisis para la búsqueda de baar (agentes causales de la tuberculosis) (Res. 945/04). Con respecto a medicamentos: Vacunas del programa PAI (Ley 2310/03 de protección infantil), Insulina (Ley 2035 de diabetes), Medicamentos esenciales, menores 10 años y adultos vulnerables (Res 277/05, Res 374/05); Insumos básicos partos (Res.305/04).

45 <http://www.ips.gov.py/principal/trabajadores.html>.

- Riesgo de Enfermedad. Para el caso de Enfermedades (Art. 30° del Decreto Ley N° 1860/50 actualizado por las Leyes N° 1085/65, 427/73 y 98/92) no profesional o accidente que no sea del trabajo, el IPS proporcionará a los asegurados: atención médico-quirúrgica y dental, medicamentos y hospitalización conforme a las normas vigentes;
- Riesgo de Maternidad. Las aseguradas recibirán durante el embarazo, parto y puerperio, los beneficios que establece el Inc. a del Art. 30° del Decreto Ley N° 1860/50 y que se encuentre al día en el pago de sus cuotas.
- Prestaciones por Accidentes de Trabajo. El art. 41° del Decreto Ley N° 1860/50 y actualizado por la Ley N° 427/73 establece que el asegurado en caso de accidentes de trabajo tendrá las siguientes prestaciones:
  - Atención medico-quirúrgica, dental, farmacéutica y hospitalización;
  - Provisión de los aparatos de prótesis necesarios que permita la restitución funcional próxima a la actividad física normal.
- Enfermedades Profesionales. Definido como todo estado patológico que sobreviene por una causa repetida por largo tiempo, como consecuencia de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio que ejerce sus labores, y que provoca en el organismo una lesión o perturbación funcional, permanente o transitoria, pudiendo ser originada esta enfermedad profesional por agentes físicos, químicos o biológicos (Art. 40° del Decreto Ley N° 1860/50). Para los efectos de esta Ley, las enfermedades profesionales se considerarán como accidentes de trabajo; en cada caso determinará una comisión de tres (03) médicos del Instituto si se trata o no de enfermedad profesional (Art. 52° del Decreto Ley N° 1860/50).

Los beneficios a los que se tiene derecho, varían según el tipo de prestador de servicios.

### 2.2.2.3. Estructura y Gestión

El IPS recibe el encargo de organizar y dirigir el funcionamiento del Seguro de Enfermedad, Maternidad, Invalidez y de Accidentes de Trabajo (Art. 13°, DL 17071). Orgánicamente, depende de un Consejo de Administración integrado por representantes del Estado y de los aportantes.

El aseguramiento privado comprende las empresas de medicina prepaga. La mayoría de los sanatorios privados ofrecen sus centros asistenciales teniendo el prepago como actividad secundaria, ofreciendo planes cerrados (con servicios propios exclusivos), planes abiertos (el asociado puede recurrir a los servicios médicos de libre elección) y planes mixtos con distinta mezcla de ambos.

### 2.2.2.4. Cobertura poblacional

El IPS, según datos de la Encuesta de Hogares 2005, atiende para su programa de salud a 729.657 personas, lo cual representa el 12,5% de la población total del país. El 80% de los asegurados residen en área urbana y tan solo 20% residen en área rural, lo que da cuenta de una importante urbanización de la demanda del seguro social.



**CUADRO 19: POBLACIÓN TOTAL POR ÁREA DE RESIDENCIA Y TENENCIA DE SEGURO MÉDICO, PARAGUAY, 2005**

TENENCIA DE SEGURO MÉDICO	ÁREA DE RESIDENCIA								
	Total	Urbana	Rural	Asunción	San Pedro	Caaguazu	Itapua	Alto Parana	Central
TOTAL PAÍS	5.837.253	3.383.873	2.453.380	515.662	346.330	469.147	504.043	669.221	1.739.074
IPS	12,5	17,2	6,0	20,3	6,6	6,6	7,3	10,0	16,5
Otro tipo de Seguro (*)	9,0	13,5	2,8	27,7	3,2	1,7	6,6	6,6	12,3
Tiene en el exterior	0,1	0,1	0,1				0,2	0,5	0,1
No tiene	78,3	69,1	91,0	52,0	90,2	91,7	85,9	82,9	71,0

(\*) Incluye seguro individual, laboral, familiar, militar, policial, local y en el trabajo  
 FUENTE: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2005

La cantidad de jubilados y pensionados a septiembre de 2007 es de 26.701 personas para los riesgos de vejez, invalidez y muerte (derechohabientes).

### 2.2.2.5. Fondo común o pooling

El IPS se financia con los aportes de trabajadores y empleadores, los aportes del Estado, las rentas por inversiones, recargos, multas, donaciones y otros ingresos extraordinarios; siendo su principal fuente de financiamiento los aportes de trabajadores y empleadores que tiene un carácter diferencial según tipo de régimen al que pertenezca el trabajador. Para el régimen general de trabajadores dependientes el aporte total es del 23% del salario (a cargo del trabajador 9% y del empleador 14%). Los recursos recaudados se distribuyen en tres fondos, el de jubilaciones y pensiones, el de enfermedad y maternidad y el de administración. Los programas de jubilaciones y pensiones y los de enfermedad-maternidad se encuentran legalmente separados aunque ambos comparten el fondo de administración general.

Por ley del Presupuesto General de la Nación, desde 1997, el Estado otorga un subsidio de 75.000 Guaraníes mensuales (18 USD) a cada funcionario público adherido al sistema nacional de recursos humanos, SINARH, dependiente del Ministerio de Hacienda para el pago de seguro médico privado. La administración de la institución a la cual pertenece el funcionario transfiere este monto a la empresa de medicina pre-paga que el empleado elige, con previa solicitud y autorización de la institución a la que pertenece<sup>46</sup>.

Actualmente cursa en el poder legislativo un proyecto de ley para la creación del Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS), como una respuesta del sistema de salud para abordar el tratamiento gratuito de las enfermedades crónicas de alto costo: 1. Cardiovasculares (estudios hemodinámicos, marcapasos, trasplantes, cirugías, angioplastias, implantes de cardio desfibriladores); 2. Nefrología (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplantes); 3. Traumatología (prótesis de cadera y rodilla); 4. Urología (litotricia percutáneas y endoscópicas); 5. Trasplantes de médulas; y 6. Grandes quemados.

### 2.2.2.6. Mecanismos de Pago a Prestadores

En el sector público el MSP y BS garantiza el presupuesto para el pago de los funcionarios de la red de servicios, destacándose que el mayor número son remunerados mediante la contratación a término fijo, generalmente con renovación de los mismos. El nivel central también garantiza la provisión de insumos de acuerdo a la disponibilidad. En casos de excepción, generalmente por emergencia sanitaria el sector público realiza contratación con proveedores privados, por prestación de servicios individuales.

Para el sector privado los mecanismos de pago están previstos por las aseguradoras, mediante la definición de tarifas que son concertadas con las instituciones y con los médicos prestadores de servicios.

## 2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS

La atención de la salud de la población paraguaya es responsabilidad de los siguientes subsectores:

**El subsector Público:** Es responsable de brindar atención universal a la salud en todo el país. Integra al MSP y BS, la Universidad Nacional de Asunción, Sanidad Militar, Sanidad Policial, Sanidad de los Municipios, gobernaciones y el IPS, que constituye un ente autárquico. Las Entidades Binacionales, Itaipú y Yacyretá, ofrecen prestaciones de salud y seguro médico adicional a funcionarios, ex funcionarios y familiares en instalaciones sanitarias propias, generalmente para atención ambulatoria. También ofertan programas preventivos y de asistencia médica a toda la población de la zona de influencia de las represas.

El MSP y BS es la institución que regula las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, así como el saneamiento ambiental. Cumple funciones múltiples que van desde las normativas y de control, hasta la prestación directa de servicios, siendo el único prestador que cumple con la Política Sanitaria relacionada a la aplicación de programas de promoción y prevención de la salud.

También existen instituciones mixtas como la Cruz Roja Paraguaya que cuenta con un hospital para la atención materna de 125 camas. Se financia con aportes de una fundación privada sin fines de lucro. Los salarios del personal médico, paramédico y administrativo son financiados por el MSP y BS.

**CUADRO 20. RESPONSABILIDADES PROVEEDORES SERVICIOS DE SALUD EN PARAGUAY<sup>47</sup>**

SUBSISTEMAS	ESTATAL		PARAESTATAL	PRIVADO	
Aspecto Operativos	Msp y Bs y Hosp. Univers.	Sanidad Militar y Policial	Instituto de Prev. Social	Seguros Privados	Servicios Privados
<b>Población Cubierta</b>	Población en General, indigentes, desempleados y familiares	Trabajadores Militares y Policiales, sus grupos familiares y pasivos que cotizan directamente	Trabajadores activos dependientes e independientes que cotizan en IPS y sus grupos familiares.	Trabajadores activos, dependientes e independientes y pasivos que cotizan en los seguros médicos.	Pasivos.

47 Fuente: Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Organización Panamericana de la Salud. Paraguay, agosto 1998.

<b>Monto y origen del financiamiento</b>	Aporte fiscal, copago de los usuarios por las prestaciones.	Aporte fiscal y copago de los usuarios por las prestaciones.	Cotización previsional obligatoria para la salud de los trabajadores. Copago de los usuarios por las prestaciones.	Cotización para la salud de los trabajadores. Copago de los usuarios por las prestaciones. Pago directo por usuario	Aporte privado, pago por usuario.
<b>Administración del financiamiento</b>	Estatal	Estatal	Paraestatal, Instituto de Previsión Social	Privado	Privado.
<b>Beneficios que otorga</b>	Acciones de fomento y protección de la salud para toda la población. Acciones de recuperación y rehabilitación	Acción de fomento y protección limitada para la población militar y policial. Acciones de recuperación y rehabilitación	Acciones de recuperación, atención médica y rehabilitación, Subsidio por accidentes, licencias médicas por enfermedad. Suministros de medicamentos	Acciones de recuperación y de rehabilitación.	Acciones de recuperación y de rehabilitación.
<b>Provisión de la prestación de los servicios de salud</b>	Estatal a través de servicios de salud del Ministerio	Estatal a través de servicios de sanidad militar y policial	Paraestatal en instalaciones del IPS y en algunos casos en servicios privados y públicos del MSP y BS.	Privado a través de servicios profesionales e instituciones privadas de salud.	Privado principalmente a través de infraestructura propia.

**El subsector Privado:** El sector privado esta constituido por instituciones con fines de lucro (hospitales, sanatorios<sup>48</sup>, clínicas<sup>49</sup> y consultorios privados<sup>50</sup>; laboratorios de producción de medicamentos, farmacias y otros servicios de salud privado. Incluye las 57 empresas de medicina de prepago que ofertan servicios, la mayoría en el área de Asunción y en el Departamento Central); y sin fines de lucro (universidades privadas con sus hospitales<sup>51</sup> y las ONGs que son alrededor de 30 que prestan servicios de salud). Las primeras son autofinanciadas a través de los pagos directos y las cotizaciones.

Dentro del Sistema de Salud, se definió la provisión de los servicios de salud en el año 1998, para los diferentes sub sectores que conforman el sistema en el documento “Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial”. En el cuadro 20 se describen las responsabilidades asignadas a los diferentes proveedores<sup>52</sup>.

48 El Decreto No. 16.649 del 23/XII/70 establece las definiciones de los diferentes tipos de instituciones médicas existentes, así define a Sanatorio como la institución médica destinada a la asistencia y curación de enfermos por medio de tratamiento higiénico, farmacológico u operatorio.

49 El mismo decreto define a clínica como un establecimiento donde trabaja un grupo de médicos que realizan atención ambulatoria.

50 Ese decreto define al consultorio como un establecimiento donde trabaja un solo médico que realiza tratamiento del paciente en forma ambulatoria.

51 El Decreto No. 16.649 del 23/XII/70 define al hospital como aquella institución que realiza las mismas acciones que un sanatorio pero también realiza además acciones preventivas y de adiestramiento de personal sanitario. Debe tener más de 30 camas. Pueden ser General, son los que ofrecen los cuatro servicios básicos, o Especializado, son los que ofrecen un solo servicio o una sola especialidad según la enfermedad o tipo de paciente que trata.

52 Fuente: Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial. Sistema Nacional de Salud. MSP y BS/ Organización Panamericana de la Salud. Paraguaray, agosto 1998.

Si consideramos la información de las EPH, en el cuadro 21 se puede observar la provisión de servicios a las personas que consultaron durante la vigencia 2003 y 2004.

**CUADRO 21: POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA, SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE CONSULTA, PARAGUAY 2003-2004**

ENTIDADES	Año 2003			Año 2004		
	Demanda Asistida		Quintiles predominantes	Demanda Asistida		Quintiles predominantes
	Nº	%		Nº	%	
Sector Público	353.494	38,2	2º, 3º y 4º quintil	457.520	44,9	1º, 2º y 3º quintil
Seguridad Social (IPS)	112.432	12,2	3º, 4º y 5º quintil	107.592	10,6	4º y 5º quintil
Privado*	458.861	49,6	4º y 5º quintil	453.889	44,5	4º y 5º quintil
Total	924.787	100,0		1.019.001	100,0	

\*Incluye a la población que consultó a establecimientos como farmacias, casa de curandero, etc.

FUENTE: Encuesta Permanente de Hogares 2003 y 2004. Dirección General de Estadística, Encuesta y Censos.

Entre los años 2003 y 2004 se puede observar que la cobertura de atención del subsector público se ha incrementado, y las coberturas de la seguridad social y el sector privado han decrecido, principalmente este último pasando del 49,6% al 44,5%.

El subsector público pasa de atender predominantemente a la población del 2º al 4º quintil en el 2003, para atender principalmente a la población de ingresos más bajos, 1º al 3º quintil, siendo la población del 3º quintil atendida principalmente por la seguridad social en el 2003 además de la población con ingresos más altos (4º y 5º quintil), pero para el 2004 la atención se centra predominantemente en la población de ingresos más altos.

### 2.3.1. OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD

El IPS cuenta con 93 servicios<sup>53</sup> organizados en tres niveles de atención y 8 niveles de complejidad. El Nivel Primario esta organizado en torno a los Puestos de Salud (48), Clínicas Periféricas (5) y Unidades Sanitarias de tipo A (25); el Nivel Secundario lo forman los Hospitales Regionales (10) y las Unidades Sanitarias de tipo B (2); en tanto que el nivel terciario especializado está representado por el Hospital Central y el Centro de Medicina Física y de Rehabilitación. Tiene acuerdos de cooperación con otras instituciones prestadoras de servicios y formadoras de RRHH en salud. Cubre al afiliado y a sus descendientes hasta los 18 años de edad, así como a los ascendientes, si están a cargo de aquél.

La Sanidad Policial y la militar tienen una cobertura menor a 1% de la población. La atención más compleja se realiza en el Policlínico Policial de Asunción con 80 camas. La Universidad Nacional de Asunción dispone de un hospital escuela, de la Facultad de Medicina que atiende principalmente a sectores de escasos recursos.

El MSP y BS a través de la Dirección General de Desarrollo de los Servicios de Salud, ha adelantado un censo de la red de servicios a nivel nacional durante el primer semestre del 2007, evidenciando que el sistema público cuenta con 984 instituciones<sup>54</sup> de las cuales, en lo referente a la red primaria se cuenta con: 117 centros de salud –CS–, que corresponden al 11,86% de la infraestructura; y 730 puestos de salud –PS–, correspondientes al 74,03%, 1 asentamiento indígena (0,10 %), 21 asentamientos campesinos (2,12 %) y 58 dispensarios (5,88 %). Desde el punto de vista operativo, la red cuenta a la fecha con 47 establecimientos cerrados (44 puestos de salud y 3 dispensarios) que corresponden al 4,76% del total de la red.

A pesar de contar con una amplia red, hay problemas de operación, muchas de estas instalaciones no cuentan con los RRHH necesarios para su operación, y hay serias limitantes para el abastecimiento adecuado. El crecimiento de la red no ha sido planificado. La gran debilidad funcional del primer nivel de atención (puestos y centros de salud) distorsiona la operación de la red de servicios, que se centra en la atención hospitalaria.

Con respecto a la atención hospitalaria, el sector público cuenta en el 2007 con 8 Hospitales Especializados<sup>55</sup> y 7 Hospitales Materno Infantiles<sup>56</sup>. En Asunción se cuenta con 6 hospitales especializados, 3 hospitales materno infantiles, 1 hospital general<sup>57</sup>; y el departamento Central cuenta con 1 Hospital Regional<sup>58</sup>, 4 Distritales<sup>59</sup>, 1 hospital General<sup>60</sup> y 2 centros Especializados<sup>61</sup>. Con respecto a terapia intensiva, la red Pública<sup>62</sup> cuenta con 77 camas disponibles, de las cuales 27 camas son de adultos, 24 de pediatría y 26 de neonatología. En terapia intermedia se cuenta con 101 camas disponibles, donde 37 camas son de adultos, 26 de pediatría y 38 de neonatología.

El número de camas disponibles en la red pública de servicios de salud es de 3.569 camas, de las cuales 3.383 están en funcionamiento y 186 no están en funcionamiento. Al analizar la disponibilidad de camas en las regiones, para atención de adultos y pediatría, el país cuenta con 2585 camas para adultos y 798 para pediatría. En Asunción el MSP y BS cuenta con 1.579 camas y en la Región Central se cuenta con una disponibilidad de 411, de las cuales se registran 4 sin funcionar. El IPS cuenta con un total de 1.350 camas hospitalarias, la mayoría de las cuales están ubicadas en Asunción y en el Dpto. Central<sup>63</sup>. A julio de 2007, la Superintendencia registra en total 133 entidades prestadoras de servicios de salud, de las que 76 corresponden a Establecimientos de salud, y 57 a Empresas de medicina pre-paga.

Según el MSP y BS<sup>64</sup>, el sector privado en Paraguay, estaría conformado por 1126 instituciones. En el cuadro 22 se pueden observar los tipos de establecimientos y su localización geográfica.

54 Incluye 7 establecimientos con la categoría de puesto o dispensario ubicados en asentamientos indígenas (5) o campesinos (2). Se diferencian de las denominaciones asentamiento campesino o asentamiento indígena ya que aún no se tiene certeza de su vigencia institucional futura dentro de la red.

55 Indígena, Neurosiquiátrico, Centro Nacional del Quemado, INERAM-Juan Max Boettner, Instituto de Medicina Tropical – I.M.T.–, Instituto Nacional del Cáncer, Centro de Emergencias Médicas y Hospital General Pediátrico. Fuente: Base de Datos: D.C.H. 2007.

56 Capiatá, San Pablo, Loma Pytá, Fernando de la Mora, Limpio, Santísima Trinidad. Fuente: D.C.H. 2007.

57 H. General de Barrio Obrero.

58 Luque. Fuente: Base de Datos: D.C.H. 2007.

59 H. de Villa Elisa, Mariano Roque Alonso, Lambaré, Ñemby. Fuente: Base de Datos: D.C.H. 2007.

60 Hospital Nacional de Itaugua.

61 Centro Antirrábico Nacional, y Centro Quirúrgico de Rehabilitación.

62 Fuente: Dirección de Coordinación de Hospitales/DGDSS MSPBS, agosto 2007.

63 Fuente: Dirección de Planificación IPS.

64 Fuente: listado de los establecimientos de salud, cuyo expedientes se encuentran en el archivo, a partir del año 1989 hasta marzo del 2007, según ubicación geográfica. Dirección de Profesiones y Establecimientos de Salud, Departamento de Establecimientos de Salud y Afines.

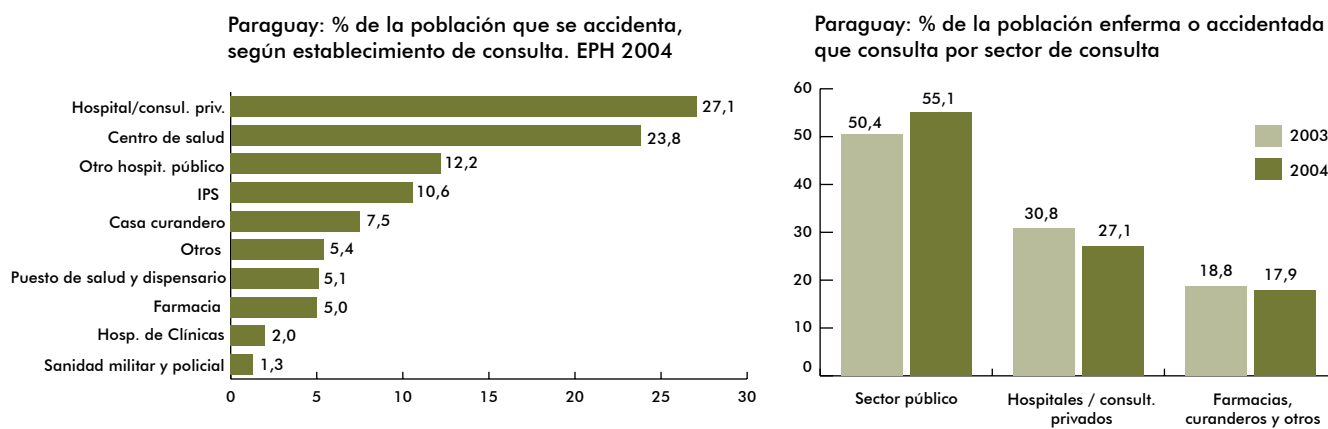
## CUADRO 22. PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD DEL SECTOR PRIVADO, PARAGUAY

ESTABLECIMIENTO	ASUNCION	CENTRAL	INTERIOR	TOTAL PAIS
Hospital-Sanatorio	32	37	74	143
Clínica con internación	22	41	74	127
Clínica sin internación	148	47	45	240
Consultorio Médico	138	66	36	240
Consultorio y Clínica (Odontológica)	164	60	43	267
Pre-Paga	50	16	19	85
Hemodiálisis	6	1	2	9
Diagnóstico por imágenes	15	0	0	15
<b>Total</b>	<b>575</b>	<b>268</b>	<b>283</b>	<b>1126</b>

Fuente: listado de los establecimientos de salud, cuyo expedientes se encuentran en el archivo, a partir del año 1989 hasta marzo del 2007, según ubicación geográfica. Dirección de Profesiones y Establecimientos de Salud, Departamento de Establecimientos de Salud y Afines.

El país cuenta con 49 servicios de banco de sangre o centros de hemoterapia, públicos y privados (23 del MSP y BS, 6 del IPS y 20 en el resto del sistema). El sistema de adquisición de sangre vigente es el denominado “por reposición”. La red de ambulancias del MSP y BS consta de 196 ambulancias en todo el país, de las cuales 28 no funcionan.

## GRÁFICO 4: DEMANDA ASISTIDA. PARAGUAY, 2004



Según la EPH en el año 2003 el 50,4% de los que consultaron lo hicieron en algún establecimiento público, mientras que en el 2004 el porcentaje aumentó a 55,1%. En contrapartida, la consulta en algún hospital o consultorio privado bajó del 30,8% en el 2003 al 27% en el año 2004, el resto de los enfermos o accidentados consultaron en farmacias, curanderos y otros. El comportamiento de esta demanda puede observarse en el gráfico 4. A través de este indicador se puede notar que la población enferma o accidentada que consulta recurre mayormente al sector público.

**CUADRO 23. INDICADORES DE SERVICIOS, RECURSOS Y COBERTURA PARAGUAY, 2000 - 2005**

INDICADORES	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nº Total de establecimientos de salud del MSP y BS	849	857	900	900	917	917
Nº Total de establecimientos con Internación del MSP y BS	399	418	406	406	359	366
Nº Total de establecimientos de salud del IPS	83	83	83(2001)	83(2001)	78	78
Nº Total de establecimientos de salud con internación del IPS	38	38	38(2001)	38(2001)	34	34
Nº de camas (MSP y BS)	0,7***	4035	4385	4323	4228	4459
Nº de camas (IPS)	0,2***	1291	1291(2001)	1321(2001)	1263	1263
Nº de camas por 1,000 habitantes (IPS + MSP y BS)	ND	0.9	0,9(2001)	1	0.9	1
Atenciones ambulatorias de todo tipo por habitantes en el año (MSP y BS)	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6	0.6
Nº de egresos hospitalarios por 1,000 habitantes (MSP y BS)	24.2	24.2	24.6	28.4	26.8	28.3
% de partos institucionales/total de nacidos vivos registrados	84.5	85.6	85	85	81.2	84.2
% de embarazadas atendidas antes del 4to mes/las esperadas	70,3****	64,8****	20	18.9	23.3	21.4
Cobertura de vacunación con PENTA en < de 1 año de edad (%)	80,1*****	88,9*****	85,6*****	85.7	89.6	87.7
Cobertura de vacunación con OPV 3 en < de 1 año de edad (%)	72.7	90.4	85.9	86.3	89.7	86.9
Cobertura de vacunación con BCG-ID en < de 1 año de edad (%)	79	86	82.5	88.2	93.9	87.7
Cobertura de vacunación con SPR en niños de 1 año de edad (%)	91.6	90.3	85.2	91.4	90.8	87.8

(\*\*\*) N.º de cama por 1000 habitantes. (\*\*\*\*) Embarazadas atendidas/ a las esperadas. (\*\*\*\*\*Cobertura de vacunación con DPT 3 en < de un año de edad (%). ND. Datos no disponibles

Si se considera el indicador por áreas geográficas, el 68% de la población de Asunción que estuvo enferma o accidentada hace algún tipo de consulta, a diferencia de la población que vive en el área rural que solo consulta un 42%. Por estratos de ingresos, con algunas diferencias entre los años 2003 y 2004, se comprueba que el porcentaje de la población del estrato alto (quintil 5) que estuvo enferma o accidentada y consultó es de aproximadamente dos veces mayor que el porcentaje de la población del estrato más pobre (quintil 1).

## 2.3.2. DESARROLLO DE LA FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Las regulaciones que gobiernan la administración de los recursos humanos de salud son fragmentadas e incompletas. A pesar de las numerosas normas que regulan la administración de la fuerza laboral de salud, algunos aspectos esenciales son descuidados. Por ejemplo, existe sorprendentemente poca mención de una escala salarial y un sistema de promoción; nadie sabe cuál es el salario inicial para un profesional de la salud o cómo se determina, y no hay un mecanismo sistemático en estas regulaciones para recompensar el buen desempeño. La administración del personal de salud está altamente centralizada, ya que las contrataciones y los despidos son manejados directamente por el Ministerio de Salud. Además, se realizan nuevos nombramientos solo como resultado de vacantes, produciendo por lo tanto una desigualdad entre los “cargos” y el trabajo que realmente se realiza.

El personal se clasifica según su categoría (médico o administrativo), y el estado contractual (permanente o contratado). Dentro del personal de salud hay una enorme gama de categorías, algunos que requieren muy poco entrenamiento o experiencia técnica (como Auxiliares de enfermería). El personal contratado es nombrado por los niveles regionales con acuerdo del Ministerio de Salud y sus contratos son revisados anualmente. Es más sencillo contratarlos y despedirlos, y no reciben beneficios jubilatorios, mientras que el personal permanente es nombrado por un decreto Ministerial, tienen contratos por tiempo indefinido, y más seguridad laboral<sup>65</sup>.

### 2.3.2.1 Formación de Recursos Humanos

Persisten problemas estructurales como la existencia de modelos de formación de personal no acordes con los requerimientos de los servicios, el escaso desarrollo de personal con formación en salud pública, el incipiente desarrollo de procesos de gestión y regulación de las prácticas profesionales. En 2005 se reinició un proceso de concertación de la carrera sanitaria para el personal de blanco para mejorar la estructura de cargos y los salarios.

Las residencias médicas no cuentan con un sistema adecuado de planificación y regulación de la calidad. Se está trabajando para unificar la selección y admisión del residente así como para la normalización de los contenidos curriculares. Hay exceso de formación de médicos, con la apertura de 5 universidades privadas que generan una cohorte anual de más de 300 médicos, de los cuales sólo el 60% será admitido en la residencia. Se calcula que hay aproximadamente un 40% de médicos generales en las instituciones de salud.

### 2.3.2.2 Gestión de Recursos Humanos y Condiciones del Empleo

El trabajo en el sector público está regulado por la Ley N° 1.626 de la Función Pública, que arbitra sobre todas las personas con carácter de funcionario público “nombradas por acto administrativo” para ocupar un cargo de manera permanente que sea financiado mediante el Presupuesto General de la Nación y se presta en relación de dependencia con el estado. Las relaciones jurídicas se rigen por el Código Civil.

### 2.3.2.3 Oferta y Distribución de Recursos Humanos

En Paraguay muchos establecimientos no tienen médicos permanentes pero en cambio recurren a personal de medio tiempo. Tener varios empleos es una práctica muy generalizada en la profesión médica. Cerca del 38% de los establecimientos no tiene médicos de tiempo completo en su dotación de personal. Los establecimientos de mayor complejidad, como los hospitales, tienen personal más calificado y son más grandes en promedio. Los puestos y centros de salud, por otra parte, se apoyan principalmente en personal

65 Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios. Mayo 2005.



y auxiliares de enfermería que tienen muy poco entrenamiento. Finalmente, los establecimientos del IPS cuentan con un gran número de médicos, tanto relativos a los establecimientos del Ministerio de Salud y al número medio de enfermeras. En general los centros y puestos de salud tienen mejor dotación de personal ahora que en 1998, ya que el número medio de médicos y enfermeras se ha elevado levemente. El mismo fenómeno se observa con el número de enfermeras en los puestos de salud.<sup>66</sup>

La razón de médicos del MSP y BS por 10.000 habitantes pasó de 5,6% en el año 2002 (59) a 6,3% en 2005<sup>67</sup>, con variaciones<sup>68</sup> desde 19,6% en Asunción a 1,2% en Caazapá. La razón de enfermeras profesionales del MSP y BS en el 2003 era de 2,2<sup>69</sup> por 10.000 habitantes, y en el 2005 de 2,8<sup>70</sup>, con variaciones que van desde 7,2% en Asunción hasta 1,0% en Caazapá<sup>71</sup>. En la distribución del personal de salud del MSP y BS, según categoría ocupacional, el 40% son administrativos, el 26% auxiliares, el 23% profesionales administrativos, y el 11% técnicos; el 56% del personal es permanente y el 44% contratado. Estos indicadores expresan claramente problemas de inequidad en el acceso y de calidad de la atención.

En el cuadro 24, se puede observar la Distribución regional de los Recursos Humanos de “blanco”<sup>72</sup>. El análisis de la información del cuadro 24, permitió definir las siguientes características:

- ❖ Tipo de personal: cerca del 39% de los cargos en el Ministerio de Salud son administrativos (7.904 de 20.522) mientras que en el IPS el porcentaje de cargos administrativos es 51% (3,864 de 7593).
- ❖ Distribuciones por género: el personal de salud femenino representa el 64% de la dotación del Ministerio de Salud y el 60% del IPS. Esta proporción se revierte cuando nos enfocamos exclusivamente en los médicos, donde las mujeres representan el 41% del total en el Ministerio de Salud.
- ❖ Calificaciones: Al parecer existe una distribución bimodal del personal de salud (blanco) según las calificaciones: un número relativamente alto de médicos y personal auxiliar de nivel bajo, y un número relativamente bajo de personal de nivel técnico. Esta situación es particularmente preocupante en los centros ambulatorios básicos o puestos de salud, o establecimientos que están lejos de centros urbanos, donde el personal médico está ausente y la atención de salud depende de personal con pocas calificaciones.
- ❖ Remuneraciones: las bases de datos del IPS y del Ministerio de Salud muestran que en promedio los salarios del IPS son significativamente más altos que los del Ministerio de Salud. El personal masculino gana en promedio más dinero, lo que podría ser un reflejo de su acceso más frecuente a cargos de nivel más alto que el personal femenino. También se observa que el esquema de remuneraciones tiende a promover un sistema centralizado, ya que en los centros nacionales el personal gana en promedio más que el personal que trabaja en los de la periferia.
- ❖ Personal contratado y permanente: el Ministerio de Salud recurre en gran medida al personal contratado. Alrededor del 46% de los cargos en el Ministerio de Salud son contratados en todo el país, comparados con sólo el 8% en el IPS. Claramente ambas instituciones tienen más personal permanente que contratado. Esta situación se da más en el caso de los cargos administrativos, ya que cerca del 58% de los cargos no médicos en el Ministerio de Salud son permanentes, mientras que en el caso de los cargos médicos, el 51% de los cargos son permanentes. El número de cargos contratados han aumentado en el Ministerio de Salud: entre 2001 y 2004 aumentó cerca del 32%.

66 Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Banco Mundial. Marzo 2005.

67 Paraguay, MSPyBS, Dirección General de Recursos Humanos. Base de datos. Asunción, 2005.

68 Paraguay, MSPyBS, Dirección General de RRHH. Censo integral de funcionarios MSP y BS 2003. Asunción, 2004.

69 Paraguay, MSPyBS, Dirección General de Recursos Humanos. Documento interno. Asunción, 2002.

70 Paraguay, MSPyBS, Dirección General de Recursos Humanos. Base de datos. Asunción, 2005.

71 Paraguay, MSPyBS, Dirección General de RRHH. Censo integral de funcionarios MSP y BS 2003. Asunción, 2004.

72 Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud. Paraguay 2004.

**CUADRO 24: DISTRIBUCIÓN REGIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD MSP Y BS, PARAGUAY, 2003**

REGIÓN	MÉDICOS	BIOQ.	ODONT.	LICEN./OBS.	AUX.	TECN.	TOTAL
1	32	4	6	6	161	22	231
2	46	6	9	41	244	49	395
3	53	5	20	31	258	63	430
4	57	6	7	34	212	29	345
5	59	6	9	55	212	70	411
6	17	2	7	14	155	13	208
7	101	9	14	55	202	23	404
8	31	7	10	17	150	20	235
9	65	9	18	27	213	34	366
10	100	15	20	53	277	40	505
11	599	86	100	388	971	236	2380
12	25	2	10	9	199	27	272
13	45	4	7	16	81	11	164
14	24	2	5	10	158	21	220
15	23	2	9	8	84	16	142
16	6	0	3	2	26	3	40
17	11	1	2	7	34	9	64
18	999	151	156	367	1106	311	3090
<b>Total</b>	<b>2.293</b>	<b>317</b>	<b>412</b>	<b>1.140</b>	<b>4.743</b>	<b>997</b>	<b>9.902</b>

Paraguay, MSP y BS, Dirección General de Recursos Humanos. Base de datos. Asunción, 2005

Existen 887 empleados que tienen por lo menos un empleo permanente en el Ministerio de Salud y un empleo permanente en el IPS simultáneamente. Incluyendo a todos los recursos humanos con múltiples empleos (dentro del IPS, dentro del Ministerio de Salud, y en las instituciones, tanto permanentes como contratados), hay 2.053 individuos con múltiples empleos, que representan aproximadamente 8% de la dotación del IPS y del Ministerio de Salud combinadas.

El problema del pluriempleo es relevante porque (i) podría ser la razón de por qué muchos establecimientos no disponen de un profesional de tiempo completo; y (ii) podría afectar el desempeño (más adelante en este capítulo se muestra que los trabajadores con múltiples empleos tienen un desempeño inferior al promedio).

En el IPS para el año 2005 en todo el país existían 8.824 funcionarios, tendencia que no ha variado mucho en los últimos años. De acuerdo al cuadro 25 se aprecia que 4.531 funcionarios son del área administrativa representando el 51% y un 49% son trabajadores de blanco. La tasa por asegurados es de 2.4 médicos por mil asegurados y 2.3 enfermeras por mil asegurados.

## CUADRO 25: EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE FUNCIONARIOS DEL IPS, PARAGUAY, 2003-2005

PERSONALES	PERMANENTES			CONTRATADOS			TOTAL		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
MÉDICOS	1.266	1.404	1.267	169	157	436	1.435	1.561	1.703
ODONTÓLOGOS	162	157	165	11	24	19	163	181	184
ENFERMERIA	1.138	1.191	1.283	158	221	314	1.296	1.412	1.597
TÉCNICOS	654	666	719	63	65	90	717	731	809
SERV.GENERALES	2.457	2.412	2.343	473	416	228	2.930	2.828	2.571
ADMINISTRATIVO	1.611	1.701	1.781	79	52	179	1.690	1.753	1.960
<b>TOTALES</b>	<b>7.278</b>	<b>7.531</b>	<b>7.558</b>	<b>953</b>	<b>935</b>	<b>1.266</b>	<b>8.231</b>	<b>8.466</b>	<b>8.824</b>

Fuente: Elaboración de la Dirección de Planificación con datos provenientes de RR.HH del IPS.

### 2.3.2.4 Gobernabilidad y Conflictividad del Sector Salud

#### La gestión de los recursos humanos en el sector público

El trabajo en el sector público está regulado por la Ley N° 1626 de la Función Pública, que arbitra<sup>35</sup> sobre todas las personas con carácter de funcionario público “nombradas por acto administrativo” para ocupar un cargo de manera permanente que sea financiado mediante el Presupuesto General de la Nación y se presta en relación de dependencia con el Estado. Las relaciones jurídicas se rigen por el Código Civil.

En materia de gestión de personal en las mismas instituciones, hay fuertes limitaciones para la autonomía tanto del ámbito del sector público, de la seguridad social, como de la universidad. La vigencia del estatuto de la Función Pública, la inamovilidad de los funcionarios, la falta de mecanismos dinámicos de evaluación, la inexistencia de políticas de premios y castigos, genera un fuerte inmovilismo que dificulta hasta la posibilidad de regular y equilibrar el personal de los servicios. La importancia del recurso humano para el cumplimiento de los objetivos en materia de salud es muchas veces descuidada.<sup>73</sup>

### 2.3.3. MEDICAMENTOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

La Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS) es la institución que ejerce la regulación de los medicamentos y depende del MSP y BS, estando regulado su funcionamiento por la Ley 1.991/97. Asimismo, realiza el control de calidad de los productos farmacéuticos en toda la cadena de producción y comercialización, en forma aleatoria y contando con la colaboración de Laboratorios Nacionales, a través de convenios firmados con el Ministerio de Salud, como son el Instituto Nacional de Tecnología y Normalización (INTN) dependiente del Ministerio de Industria y Comercio, el Centro de Estudios Multidisciplinarios e Investigaciones Tecnológicas (CEMIT) dependiente de la Universidad Nacional de Asunción y otros.

El MSP y BS, a través de la DNVS es la responsable de determinar periódicamente los medicamentos que pueden ser comercializados y establecer el precio máximo al público. Los precios son establecidos a través de coeficientes diferenciados según correspondan a productos fabricados localmente, importados a granel o terminados. Los mismos son fijados uniformemente para todo el país. En la fijación de precios participan los representantes del sector privado como son los productores (laboratorios fabricantes) o representantes. Los precios de los medicamentos son fijados por el MSP y BS, de acuerdo con una solicitud presentada por los

interesados. Estos precios pueden ser actualizados en un tiempo menor (estima 30 días) y en el caso de los productos importados se necesita de un tiempo mayor (estima 60 días). Para considerar la actualización de precios de los productos de fabricación nacional, los precios son ajustados hasta un porcentaje no mayor al 60% en un año sobre el precio vigente, en el caso de los productos importados el parámetro utilizado son los precios oficiales que rigen en origen.

En el año 2001 por Resolución N° 360 se aprueba el documento la “Política Nacional de Medicamentos” que contiene y fortalece los principios constitucionales y legales establecidos, teniendo como objetivo mejorar el acceso equitativo de toda la población a los medicamentos esenciales, seguros, eficaces y de calidad, como también incorpora la promoción del uso racional de los mismos y estimula la producción de medicamentos, integrando al sector público y privado. Los principales desarrollos han sido la instalación de un sistema nacional para registro de medicamentos y establecimientos farmacéuticos; la implementación de acciones fiscalizadoras a los establecimientos, generando el cierre de los que no cumplen con las normas de fabricación o expendio; y la implementación de un programa de control de calidad de medicamentos.

En 2006<sup>74</sup>, el país cuenta con 172 laboratorios de producción habilitados; 1.529 farmacias externas habilitadas en la capital y 2.034 en el interior; 13.400 registros de especialidades farmacéuticas; 137 distribuidoras y 127 importadoras de medicamentos. El número de fraccionadoras y envasadoras habilitadas es de 113. Entre el 2003 y el 2005 se analizaron 174 productos de los cuales el 5% no cumplió; se intervinieron 23 farmacias y 27 comercios no farmacéuticos, y se realizaron 31 inspecciones a laboratorios de producción, fraccionadoras, envasadoras y distribuidoras.

El país no produce vacunas ni sueros hiperinmunes humanos; estos se obtienen a través del Fondo Rotatorio de vacunas de la OPS. En 2005 se conformó la Autoridad Nacional Reguladora de Vacunas de la Dirección General de Vigilancia Sanitaria, quien realiza el registro y liberación de lotes de inmunobiológicos a nivel público y privado.

Desde 1988 el Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción produce kits diagnósticos ELISA para leishmaniosis visceral canina, Chagas y toxoplasmosis; los dos últimos se exportan a otros países.

### 2.3.4. EQUIPO Y TECNOLOGÍA

Con respecto a la distribución del equipamiento diagnóstico del MSP y BS, a nivel de las regiones sanitarias y sus respectivas instituciones se cuenta con<sup>75</sup>:

- 76 equipos para Rx, de los cuales 58 están en buen estado, 10 en estado regular y 8 no funcionan.
- 57 equipos para Ecografía, de los cuales 48 están en buen estado, 5 en estado regular y 4 en desuso.
- El análisis de la capacidad laboratorial nos demuestra que existen 66 servicios de salud que realizan sólo análisis clínicos y 26 realizan además análisis bacteriológico.
- 159 ambulancias, de las cuales 118 están en buen estado, 32 en estado regular y 9 en mal estado.

El MSP y BS dispone del estudio sobre Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE). El estudio que fue realizado en todo el país y culminado en el año 2005 facilita información sistematizada respecto a la capacidad instalada y de equipamiento médico y de radio-diagnóstico en todo el país. Algunos estudios realizados por la cooperación internacional permiten tener una idea sobre la calidad de la infraestructura y equipamiento y su nivel de deterioro. La superintendencia de salud cuenta con información completa de los servicios privados, pero aún no sistematizada.

74 Paraguay, MSP y BS, Dirección General de Vigilancia Sanitaria. Documento Interno. Asunción, 2006.

75 Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud/Dirección de Regiones Sanitarias. Agosto 2007.

Las principales conclusiones del estudio CONE fueron<sup>76</sup>:

1. La disponibilidad de Hospitales Regionales del MSP y BS que brindan Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE) completo es del 11,7%. Los que ofrecen este nivel pertenecen a regiones aledañas a la capital del país. Un 65% provee de un nivel CONE incompleto o no aplica ninguna función CONE.
2. Las brechas para la disponibilidad de CONE en los hospitales se concentran en dos aspectos o ejes: Recursos Humanos calificados y la provisión de Instrumentales, de éste último la brecha se concentra por encima del 50 y 70% para la realización de cesárea y atención inmediata del Recién Nacido respectivamente.
3. Merece especial atención la baja disponibilidad promedio (menos del 50%) en los hospitales de la infraestructura e instrumental mínimo necesario para la Atención Neonatal Básica.
4. Este estudio permitió observar la necesidad de normar a nivel de la red pública una serie de elementos que regulen y/o sitúen a los hospitales en condiciones similares en cuanto a: Infraestructura; Instrumentales para parto, cesárea; Atención inmediata del RN; Equipos y Vestuario para partos y cirugías.

Se cuenta con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la Secretaría Nacional de Tecnología, dependiente del Instituto Nacional de Tecnología y Normalización, un Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, con fuerza de ley, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), como un organismo rector de las políticas referentes a la Ciencia y la Tecnología y hasta un Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONACYT), destinado al financiamiento de las actividades relacionadas. En 1998, se creó el Organismo Nacional de Acreditación (ONA), como parte del CONACYT. Sin embargo, faltan políticas claras, coordinación, priorización y claridad sobre mecanismos para acceder a los recursos.

La Gestión Tecnológica en los Centros Asistenciales de Salud en general no ha evolucionado en los últimos años acorde a las exigencias de los estándares internacionales relacionados a la Gestión Hospitalaria, sin embargo se ha logrado avances significativos en lo referente a Regulación de Dispositivos Médicos y en la formación de recursos humanos calificados para la Gestión Tecnológica en los Establecimientos de Salud. Como resultado de los avances cabe destacar que el MSP y BS ha desarrollado e implementado desde el año 2005 un Sistema de Regulación de Dispositivos Médicos basado en la Resolución GMC N° 40/00 del MERCOSUR y adecuado a los estándares internacionales de la Global Harmonization Task Force (GHTF), donde además se reglamenta las donaciones e importaciones de dispositivos médicos usados.

En dicho Sistema de Regulación se registran a las empresas fabricantes, importadoras y distribuidoras además del registro individual de los dispositivos médicos comercializados por cada una de dichas empresas. Con un Sistema de Información de Dispositivos Médicos (MEDISYS) desarrollado también en el MSP y BS y actualmente en fase de implementación en la Dirección de Control de Profesiones, Establecimientos de Salud y Dispositivos Médicos, se pretende sistematizar el registro de informaciones técnicas, recursos humanos capacitados y establecimientos de salud donde sean utilizados los dispositivos médicos y con ello facilitar la implementación de un Sistema de Tecnovigilancia para casos de Emergencia y de Contingencia en el Sector Salud.

En relación a la formación de Recursos Humanos calificados, desde el año 2000 se ha implementado en la Universidad Nacional de Asunción la Carrera de Electrónica Médica que es equivalente a la Ingeniería Clínica a nivel internacional, con apoyo del Dpto. de Ingeniería Biomédica del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS-UNA).

---

76 Monitoreo sobre disponibilidad y utilización de servicios con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en los Establecimientos de salud del Paraguay. 2005

### 2.3.5. CALIDAD DE LOS SERVICIOS

Las experiencias desarrolladas en el país en calidad de servicios han sido experiencias aisladas desarrolladas generalmente en el contexto de proyectos puntuales.

**Calidad técnica:** Son muy escasos los establecimientos que tienen programas de calidad y/o Comités de Infecciones Hospitalarias y no existen datos sobre los índices de infecciones. Idéntica situación se presenta con relación a comités de ética y/o control de comportamiento profesional. Durante el año 2006 los establecimientos del MSP y BS recibieron equipamiento médico básico proveniente de un proyecto ejecutado por el MSP y BS con financiamiento internacional<sup>77</sup>. Hasta el año se han fortalecido alrededor de 300 establecimientos, entre puestos y centros de salud y hospitales del país. Se estima que ello permitirá un mejoramiento sustancial de la atención.

**Calidad percibida:** No se cuenta con datos disponibles sobre el porcentaje de establecimientos con programas de mejora de calidez y trato a los usuarios establecidos, ni con procedimientos específicos de orientación al usuario, o comisiones de arbitraje (o equivalentes) funcionando. Otro tanto ocurre con datos sobre establecimientos que estén aplicando estudios o encuestas de satisfacción del usuario.

## 2.4. MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD

**CUADRO 26: MAPEO INSTITUCIONAL DEL SISTEMA DE SALUD, PARAGUAY, 2007**

FUNCIONES ORGANIZACIONES	Rectoría		Financiamiento	Aseguramiento	Provisión
	Conducción	Regulación y Fiscalización			
Gobierno Central • Poder legislativo • MSP y BS • Superintendencia	X X	X X X	X X		X
Instituto de Previsión Social			X	X	X
Gobierno Regional			X		X
Gobierno Local			X		X
Aseguradoras Privadas				X	X
Proveedores Privados			X		X

### 3. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/ REFORMA

Dentro del proceso de reforma existen componentes relevantes para su desarrollo, en los cuales no se ha podido avanzar en la medida deseada, como la participación comunitaria (enunciada dentro de la Ley 1032 mediante la creación de los consejos nacional, regionales y locales de salud); la calidad de la atención; la descentralización<sup>78</sup>; la promoción de la salud; y el mejoramiento de la eficiencia en el uso de los recursos disponibles en el sector. Esta circunstancia puede deberse al hecho de que en el MSP y BS no existe separación de las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Asimismo la Superintendencia Nacional de Salud, creada para contribuir a mejorar el desempeño del sector, tiene aun limitaciones técnicas y presupuestarias para el ejercicio de sus funciones.

Se han realizado esfuerzos para aumentar y mejorar la infraestructura de salud disponible, pero el sistema aún tiene serios problemas de gestión en lo referente al manejo de la información –recopilación, procesamiento y análisis; la asignación equitativa de los recursos humanos en el territorio y la implementación de los contenidos establecidos en la política de RRHH; la modernización del equipamiento hospitalario y el desarrollo de programas de mantenimiento preventivo/correctivo.

Estas debilidades impactan directamente en la gestión del ente rector, como se evidenció durante el ejercicio de medición de las FESP, en donde se identificaron como funciones críticas las relacionadas con la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectivo, la vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública y la reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

El MSP y BS ha estado trabajando en la implementación de un Sistema de Aseguramiento Público en Salud, que ha tenido dificultades en su desarrollo. El Poder Ejecutivo ha promulgado el Decreto N° 10.540 del 3 de Julio del 2007, por el cual se dispone la gratuidad de la atención a la embarazada y recién nacidos en todos los establecimientos dependientes del MSP y BS, además de la Resolución 305/2007 que declara gratuita la atención a adolescentes de todo el país.

En lo referente al proceso de reforma sectorial, la política nacional de salud 2005-2008, tiene como uno de los lineamientos fundamentales la “Reforma de la Salud como proceso gradual, participativo, generador de cambios con descentralización y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud del Paraguay”. Previéndose como estrategias para su desarrollo: 1) Ordenamiento del marco jurídico – normativo y de gestión; 2) Fortalecimiento de la Rectoría del Ministerio de Salud; 3) Desarrollo del Sistema Nacional de Salud del Paraguay; 4) Descentralización en Salud; 5) Desarrollo de las Funciones Esenciales de la Salud Pública.

De manera complementaria, el gobierno nacional formuló el “Plan Nacional de crecimiento económico con equidad” para los años 2003 a 2008, en el cuál se reconoce la trascendencia del sector salud, y la necesidad de aumentar su cobertura e impacto en consideración a que el mismo ha sido identificado como uno de los factores desfavorables que impide el desarrollo nacional y dificulta la integración competitiva en el contexto del MERCOSUR.

### **3.1. EFECTO SOBRE LAS “FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD”**

- **Conducción**

La Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud de Paraguay, constituye el marco legal vigente para el sector; en el que se define claramente la rectoría sectorial a cargo del MSP y BS, previendo mecanismos participativos a través de los consejos de salud e instancias de coordinación interinstitucional para el funcionamiento sistémico sectorial. A la fecha no se ha podido avanzar sustancialmente y el sistema sigue actuando de manera descoordinado, manteniendo su segmentación y fragmentación. Tampoco se observan estrategias ni modelos de financiamiento adecuados, pues cada institución componente del sistema mantiene su rigidez presupuestaria, actuando y ejecutando su presupuesto en forma individual.

Una debilidad estructural en la conducción radica en los problemas de acompañamiento a los entes descentralizados –regiones, distritos-, agravado por la falta de políticas claras que permitan mejorar la capacidad de gestión y conducción del talento humano sectorial para garantizar la continuidad técnica de los procesos en la gestión, de manera independiente a los cambios políticos.

El país no cuenta con una Ley General de Descentralización, motivo por el cual la implementación de los Acuerdos de Descentralización, no pueden desarrollarse ordenadamente un Plan de Salud, a pesar de la vigencia de la Ley 1032 /96, que crea el Sistema Nacional de Salud y su modificación por Ley 3.007/2006.

- **Modulación del financiamiento**

Es evidente que problemas estructurales del Estado, relacionados con la gestión y la centralización en la administración de los recursos, también afectan al sector salud. De manera paralela, dentro de la agenda de Estado, hay inversiones relacionadas directamente con el sector salud, que en muchos casos no han logrado una adecuada articulación. Hay que destacar que los presupuestos 2005 y 2006 han tenido incrementos significativos, los que han estado destinados a cubrir compromisos operacionales en el rubro de RRHH en la mayoría de los casos.



**CUADRO 27. MOMENTOS DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA EN LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD, PARAGUAY, 1990-2005**

PERIODO	SECTOR PÚBLICO	SEGURIDAD SOCIAL
1990 - 1994	<p><b>Rectoría:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constitución Nacional en 1992, se declaró en sus artículos 68 y 69 “que el Estado protegerá y promoverá el derecho a la salud como fundamental, proveyendo las condiciones dentro del Sistema Nacional de Salud, recursos, planes y políticas integradas al desarrollo”.</li> </ul>	<p><b>Financiamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanción de la carta orgánica del Instituto de Previsión Social (IPS) en 1.992.</li> </ul>
1995 - 1999	<p><b>Rectoría:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley 1032, creación del Sistema Nacional de Salud.</li> <li>- El Decreto 21376/98 establece que el MSP y BS asume el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tengan impacto en la salud individual y colectiva.</li> <li>- En 1998, el Decreto Ley 19966 reglamentó la descentralización sanitaria, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y facultó a los Municipios y a los Consejos Locales de Salud para administrar fondos del nivel central y regional para el desarrollo de planes locales de salud.</li> <li>- Decreto N° 22.369/1998 que establece las funciones de la Dirección Médica Nacional (DMN).</li> <li>- Decreto N° 22.385/1998 que reglamenta el funcionamiento de los Consejos Nacionales, Regionales y Locales de Salud.</li> <li>- Decreto N° 4.674/1999 por el cual se reestructura el MSP y BS.</li> <li>- Decreto 20553/98 reglamentó la Superintendencia de Salud</li> <li>- Decreto 22369/98 fijó las funciones de la Dirección Médica Nacional.</li> </ul>	<p><b>Financiamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modificación carta orgánica del IPS en 1.998.</li> </ul>
2000 - 2005	<p><b>Financiamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El marco jurídico que regula la administración, distribución, porcentaje y tipo de gastos de los Royalties y Compensaciones se encuentra constituido por la Ley 1.309/98: establece qué porcentaje de los royalties y compensaciones debe ser distribuido a la administración central y a los gobiernos municipales y departamentales. También determina cuáles son las instancias responsables, el plazo y las condiciones para realizar el depósito de estos recursos.</li> </ul>	<p><b>Provisión de Servicios:</b></p> <p>Se han promulgado una serie de resoluciones tendientes a fomentar la gratuidad de algunos servicios de salud, pero su implementación ha sido marginal. Se destacan entre otras: en salud reproductiva -gratuidad en DIU, colposcopia, biopsia de cuello de útero, ligadura post parto ligadura transcesarea, papanicolau- Res. 500/01; atención Embarazadas y niños menores de 5 años Res. 198/03; Consultas e internación niños menores 10 años Res. 19/05; Análisis para el diagnóstico laboratorial de patologías que afectan a la salud pública Res. 456/03; Análisis para la búsqueda de baar Res.945/04; con respecto a medicamentos: Vacunas del programa PAI Ley 2310/03 de protección infantil, Insulina Ley 2035 de diabetes, Medicamentos esenciales, menores 10 años y adultos vulnerables Res 277/05 Res 374/05; Insumos básicos partos Res 305/04.</p>

A pesar de los esfuerzos que se han realizado para incrementar los presupuestos sectoriales, hay, como ya se menciona, una serie de problemas estructurales que impiden que la ejecución del presupuesto se realice en forma eficiente y eficaz.

Teniendo en cuenta la importancia del gasto de bolsillo en el financiamiento sectorial, situación que tampoco pudo ser aliviada con la implementación de los “acuerdos de descentralización”, ya que estos priorizan el manejo y utilización de los recursos propios de los hospitales distritales y centros de salud, y orientan sus acciones a resultados inmediatos de asistencia, con probadas debilidades en acciones integradas para la promoción y prevención de la salud, e intervenciones conjuntas sobre los determinantes de salud en las comunidades. Muchos de los servicios, que integran la red de servicios en distritos con acuerdos de descentralización sin embargo han mejorado notablemente sus infraestructuras, la calidad de atención a los usuarios y sobre todo han permitido incrementar la participación de las comunidades.

Hasta la fecha no se ha logrado implementar medidas o reglamentaciones tendientes a modular este financiamiento, orientándolo hacia una ejecución más óptima, como por ejemplo, contribución a planes de aseguramiento solidario.

- **Vigilancia del aseguramiento**

La vigilancia del aseguramiento no es una función que el ente rector -MSP y BS-, ejerza dentro del sistema, hecho que genera serias dificultades a fin de poder conocer y planificar intervenciones, principalmente en salud pública que eviten la duplicidad de acciones entre los diferentes sub sectores que conforman el sistema.

A pesar de que el sector público ha acompañado dos iniciativas de aseguramiento local (Fram y Caazapa), a la fecha no se tiene de manera oficial ninguna evaluación integral del ente rector.

Paulatinamente la Superintendencia de Salud, viene generando una vigilancia del aseguramiento dentro del sistema, principalmente a las empresas privadas agrupadas en la CIMAP, enfatizando su accionar en la acreditación de las mismas.

- **Armonización de la provisión de servicios**

De manera consecuente con las debilidades planteadas en el acápite anterior –vigilancia del aseguramiento-, la estructura histórica del sistema de salud en el Paraguay que se ha estructurado en forma fragmentada entre los actores del sistema –sectores público, privado, seguridad social, sanidad militar-, ha impedido una adecuada armonización de la provisión de servicios. La armonización se ha dificultado, al no contarse con un conjunto de servicios oficialmente definido que debe ser ofertado por todos los proveedores del sistema, en salud pública y en atención individual.

En conclusión el sistema de salud presenta una alta segmentación a nivel de proveedores y una gran fragmentación entre los proveedores de los diferentes subsectores. Se cuenta con numerosas instituciones que componen los subsistemas y éstas están poco o nada integradas entre sí. Existe superposición de acciones entre el MSP y BS y el IPS, así como entre el IPS y el sector privado. La falta de coordinación institucional trae como consecuencia la duplicación de responsabilidades que se refleja en la competencia de establecimientos médicos localizados en las mismas áreas geográficas del país y su ausencia en otras localidades.

Desde el 2006, el IPS para extender la cobertura en el área rural, ha iniciado un modelo de atención basado en convenios con el MSP y BS (17 implementados) y con entidades privadas (2 implementados), así como también contratos con instituciones privadas de Salud (7 firmados).<sup>79</sup>

- **Ejecución de las FESP**

A la fecha el ente rector no ha generado iniciativas tendientes a incorporar las FESP, como una herramienta para propiciar el ejercicio de la rectoría sectorial. Las reformas sectoriales en salud en la mayoría de los casos han estado orientadas básicamente a cambios estructurales, financieros y organizacionales en la prestación de los servicios, descuidándose a la salud como una responsabilidad social y estatal en la construcción de entornos saludables, generación de inteligencia sanitaria, garantía del aseguramiento e intervenciones sobre riesgos y daños a la salud colectiva. El fortalecimiento de las capacidades de las autoridades nacionales para el ejercicio pleno de las FESP, no ha podido ser implementada de manera sostenida.

- **Regulación**

Esta función de rectoría sectorial, aparte de las limitantes que tiene para ser desarrollada por el MSP y BS como ente rector, tiene dos condicionantes que dificultan aún más su cumplimiento como son la alta rotación de los funcionarios encargados de estructurar procesos de regulación sectorial de mediano y largo plazo; y la carencia de un Código Sanitario<sup>80</sup> actualizado (vigencia 1980), que permita regular el sector acorde con las actuales realidades.

## **3.2. EFECTO SOBRE LOS “PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS”**

### **3.2.1 EQUIDAD**

Históricamente no hubo desarrollo importante con relación a la APS en el país. En 2005, la Autoridad Sanitaria Nacional realizó un amplio análisis interinstitucional tendiente a definir las estrategias que permitan un proceso de renovación de la APS.

En cuanto a la equidad en cobertura y acceso, aunque existen algunos logros en lo referente a la cobertura del programa de inmunizaciones. Aún hay serios problemas para garantizar el acceso a la atención del parto seguro, y al desarrollo de acciones de promoción de la salud a nivel de los departamentos.

#### **3.2.1.1 Cobertura**

La atención brindada por la red de servicios no es integral, tiene una alta fragmentación, desarticulación entre los diferentes niveles y baja resolutivez del primer nivel. Según el estudio de actualización de la Exclusión Social en Salud en el Paraguay<sup>81</sup>, el 18,4% de la población posee seguro médico (27% en el área urbana y 7% en el área rural), ya sea del IPS o cualquier otro tipo de seguro (individual, laboral, familiar, militar, policial, local y en el extranjero), mientras que el 81,6% no tiene seguro médico.

---

80 Ley No. 836/80. Código Sanitario.

81 MSP y BS -Dirección de Estadística, Encuestas y Censos-OPS/OMS. Versión no editada. 2007.

**CUADRO 28. MOMENTOS CLAVE DE LOS PROCESOS DE CAMBIO E INCIDENCIA EN LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD, PARAGUAY, 1995-2005**

1995 – 1999	2000 – 2005
<p><b>Equidad:</b> El Decreto 19966/1998 define la equidad en su artículo 8 cómo “orientar los recursos disponibles en todos los niveles de atención, para la prestación sanitaria integral de la población, sin discriminación política, económica o social”.</p>	<p><b>Equidad:</b> La Secretaría de Acción Social (SAS) fue creada en el año 1995 mediante el Decreto del Poder Ejecutivo N° 9235/95, con el mandato de actuar como articulador interinstitucional de las acciones del Estado, los Partidos Políticos y la Sociedad Civil en torno a una Política Social dirigida fundamentalmente a combatir la pobreza y promover una mayor equidad social, impulsando el capital social, un orden económico más justo y un sistema de protección y promoción social. La acción institucional de la SAS se enmarca en las directrices de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, aprobada por Decreto Presidencial N° 8.152 del 8 de septiembre de 2006, cuyos ejes de intervención en términos de Políticas Específicas de atención a la población afectada por la pobreza y la indigencia se corresponden con las tres dimensiones de la pobreza definidas en términos analíticos: la vulnerabilidad social, la exclusión social y la exclusión económica.</p>

Con respecto al porcentaje de cobertura de la red de salud<sup>82</sup>:

- Este indicador ha sido aproximado a través de la población que indicó haber estado enferma o accidentada en los últimos tres meses respecto al tipo de establecimiento al que acudieron a consultar. La EPH 2004 muestra que el 52,2% de la población que estuvo enferma o accidentada consultó en algún tipo de establecimiento de salud, porcentaje similar se dio en el año 2003.
- En el año 2003 el 50,4% de los que consultaron lo hicieron en algún establecimiento público, mientras que en el 2004 el porcentaje aumentó a 55,1%. En contrapartida, la consulta en algún hospital o consultorio privado bajó del 30,8% en el 2003 al 27% en el año 2004, el resto de los enfermos o accidentados consultaron en farmacias, curanderos y otros.
- Si se considera el indicador por áreas geográficas, se observa que el 68% de la población de Asunción que estuvo enferma o accidentada hace algún tipo de consulta, a diferencia de la población que vive en el área rural que solo consulta un 42%. Por estratos de ingresos, con algunas diferencias entre los años 2003 y 2004, se comprueba que el porcentaje de la población del estrato alto (quintil 5) que estuvo enferma o accidentada y consultó es de aproximadamente dos veces mayor que el porcentaje de la población del estrato más pobre (quintil 1).

Al analizar la cobertura desde la perspectiva de la Exclusión Social en Salud, encontramos en el cuadro 29, el comportamiento de los indicadores previstos para dicho análisis en el Paraguay:

82 Exclusión Social en Salud en Paraguay 2007: análisis a Nivel Nacional y Regional. MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Diciembre 2007.

## CUADRO 29. NIVELES DE EXCLUSIÓN EN SALUD SEGÚN COBERTURA, PARAGUAY, 1977 - 2005

INDICADORES DE COBERTURA	ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN EXCLUIDA (%)					
	1997/98	1999	2000/01	2003	2004	2005
Legal	100	100	100	100	100	100
Población que no consulta cuando está enferma o accidentada	43,3	51,6	51,4	47,8	47,7	41,0
Población enferma o accidentada con dolencia no leve que no consulta	32,0	42,8	38,6	43,5	43,5	35,1
Población sin seguro de salud	81,8	80,1	81,1	80,7	81,6	78,3

Fuente: Exclusión Social en Salud en Paraguay 2007: análisis a Nivel Nacional y Regional. MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Diciembre 2007.

A pesar del avance de los últimos años, hay baja cobertura de agua y saneamiento básico, con una enorme brecha urbano-rural, y especialmente para la población indígena. De 1992 a 2002, la población total del país cubierta por agua con conexión domiciliaria pasó de 29,8% a 63,4% (84,4% de la población urbana y 35,5% de la población rural)<sup>83</sup>. Los mayores porcentajes de cobertura por conexión domiciliaria en el país corresponden a Asunción<sup>84</sup>, con 97,2% y entre los departamentos, al Departamento Central, con 86,4%.

De los 46,4% de la población total servida por conexión domiciliaria en el país, 60% pertenecen a los hogares del quintil más rico de la población y solamente 30,3% pertenecen al 20% más pobre de la población. Al aumento de cobertura no se ha sumado la mejoría de la calidad del agua; en gran parte de las pequeñas comunidades y área rural, la desinfección del agua de consumo es realizada de forma irregular o no es realizada.

La cobertura por alcantarillado sanitario es baja y sin avances considerables: pasó de 7,2% en 1992 a 9,4% en el 2002<sup>85</sup>, concentrada en el sector urbano (16,0% de cobertura). Asunción tiene la mayor cobertura en alcantarillado del país, 70,5%; en 10 departamentos, las coberturas son inferiores al 5%. Eliminan sus excretas a través de pozo ciego 49,2% del total de los hogares, con 62,5% del total del área urbana y 30,0 % del área rural. Utilizan letrina común 35,5% del total de los hogares, 15,2% del área urbana y 64,8 % del área rural. Utilizan otro sistema, 2,8%, y no tienen baño, 1,1% de la población<sup>86</sup>. Solo 10% de las aguas residuales recolectadas son tratadas en el país, a través de lagunas facultativas.

### 3.2.1.2. Distribución de Recursos

La distribución de los recursos financieros –presupuesto obligado– para las vigencias 2005 y 2006, presenta una distribución equitativa, según los ciclos de vida como se observa en el cuadro 30.

83 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002: Resultados finales. Fernando de la Mora, 2004.

84 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. EPH: principales resultados EPH/2003, 2004.

85 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002: Resultados finales. Fernando de la Mora, 2004.

86 Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, DGEEC. EPH: principales resultados EPH/2003, 2004.

**CUADRO 30: PRESUPUESTO OBLIGADO POR CICLOS DE VIDA 2005 – 2006.  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, PARAGUAY, 2007**

<b>PRESUPUESTO OBLIGADO</b>	<b>Atención Integral al menor de 15<sup>a</sup>.</b>	<b>Mujer en edad Fértil (MEF)</b>	<b>Atención integral a hombres de 15 años y mas y mujer de 50 años y mas</b>	<b>TOTAL</b>
2005	259.049	205.920	194.228	659.197
2006	340.210	267.221	257.530	864.961
Estructura (%) Ciclo de Vida 2005	39,3	31,2	29,5	
Estructura (%) Ciclo de Vida 2006	39,3	30,9	29,8	
Promedio 2005/2006	39,3	31,1	29,6	
Diferencia 2005/2006	0,0	-0,3	0,3	

Fuente: Financiamiento y Gasto por Función de Atención y Ciclo de Vida 2005/2006, MSP y BS. MSP y BS-OPS/OMS Diciembre 2007.

Sin embargo, al analizar la distribución de los recursos según la función de atención, se encuentra que la asignación de recursos es ampliamente inequitativa para algunas de las funciones, como la promoción y la prevención como se observa en el cuadro 31:

**CUADRO 31: PRESUPUESTO OBLIGADO POR FUNCIÓN DE ATENCIÓN.  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL, PARAGUAY, 2005/2006**

<b>PRESUPUESTO OBLIGADO</b>	<b>F1 Promoción</b>	<b>F2 Prevención</b>	<b>F3 Recuperación</b>	<b>F4 Emergencia</b>	<b>F5 Rehabilitación</b>	<b>Totales</b>
2005	27.709	99.009	310.020	1643.22	58.138	659.197
2006	42.546	128.258	410.379	208.431	75.347	864.961
% Func. de Atención 2005	4,2	15,0	47,0	24,9	8,8	
% Func. de Atención 2006	4,9	14,8	47,4	24,1	8,7	
Promedio 2005/2006	4,6	14,9	47,2	24,5	8,8	
Diferencia 2005/2006	0,7	-0,2	0,4	-0,8	-0,1	

Fuente: Financiamiento y Gasto por Función de Atención y Ciclo de Vida 2005/2006, MSP y BS. MSP y BS-OPS/OMS Diciembre 2007.

### 3.2.1.3. Acceso <sup>87</sup>

Si se considera “la población enferma o accidentada con dolencia no leve”, se evidencia que en los años 2003 y 2004 el 43,5% no consultó, mientras que ese porcentaje disminuye a 35,1% en el año 2005. Las razones de no consulta de la población se mantienen, con algunas diferencias entre los años. La mayor causa de no consulta constituye la automedicación, que fue de aproximadamente 76%.

Con respecto a las “personas que no acceden a los servicios de salud por razones geográficas”, este indicador fue aproximado con el porcentaje de personas que estando enferma o accidentada (con dolencias no leves) no hicieron consulta alguna por no existir un lugar de consulta cercano. Este porcentaje alcanzó al 3,4% a nivel nacional en el año 2003, 2,6% en el 2004 y 1,8% en el año 2005, reduciéndose a casi la mitad con respecto al 2003.

En el área rural los porcentajes son mayores, sin embargo también se observa una mejoría en los tres años de estudio, con una disminución constante del porcentaje de enfermos o accidentados con dolencias no leves que no consultan, pasando de 5,3% en el 2003, hasta llegar a 3,1% en el 2005.

Al analizar la accesibilidad desde la perspectiva de la Exclusión Social en Salud, encontramos en el cuadro 32, el comportamiento de los indicadores previstos para dicho análisis en el Paraguay.

**CUADRO 32. NIVELES DE EXCLUSIÓN EN SALUD SEGÚN ACCESIBILIDAD, PARAGUAY, 1997-2005**

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD	Estimación de la población excluida (%)					
	1997/98	1999	2000/01	2003	2004	2005
Inaccesibilidad financiera Pobreza	32,1	33,7	33,9	41,4	39,2	38,2
Población con dolencias no leves que no consulta por razones económicas	15,0	15,2	33,2	19,5	18,2	20,0
Inaccesibilidad geográfica Población con dolencias no leves que no consulta por razones geográficas	4,1	2,8	6,9	3,4	2,6	1,8
Inaccesibilidad cultural Población que habla con mayor frecuencia el guarani	56,3	49,4	50,6	45,9	47,8	48,2
Inaccesibilidad laboral Tasa de desempleo total	14,3	15,9	15,3	13,0	10,9	-
Población empleada en el sector informal/ Población ocupada	-	63,8	63,4	64,6	66,3	63,2

Fuente: Exclusión Social en Salud en Paraguay 2007: Análisis a nivel Nacional y Regional. MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Diciembre 2007.

Como ya ha sido mencionado, la ASN ha venido realizando esfuerzos a fin de aumentar el acceso, principalmente al grupo materno infantil. En el cuadro 34, se observa el comportamiento que ha tenido el acceso de las mujeres embarazadas a la atención del parto por personal calificado. Con relación al “porcentaje de población sin acceso a agua potable/ alcantarillado”, en el año 2003 el 39,2% de la población se abastecía de agua no potable, es decir, a través de pozo con o sin bomba, arroyo, río, manantial, aguatero y otros; un tipo

87 Exclusión Social en Salud en Paraguay 2007: Análisis a nivel Nacional y Regional. MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Diciembre 2007.

de abastecimiento que alcanzó al 67,2% de la población rural y solo al 2,8% en Asunción. En los sectores pobres de la población y en los que predomina el guaraní como idioma hablado más frecuentemente, tales porcentajes son relativamente altos (aproximadamente 56%). Se destaca que la población del área rural es la que menos acceso tiene al agua potable. Para el año 2005, hubo una disminución del porcentaje de hogares sin abastecimiento de agua potable (36,8%), siendo todavía el problema mayor en el sector rural donde este indicador alcanza el 64,5% en oposición a Asunción donde el 3,9% de los hogares se abasteció de agua sin red de abastecimiento público o privado de agua.

En cuanto al indicador de servicio sanitario utilizado en los hogares, la encuesta (2003) indica que el 38,3% de los hogares del país tiene servicio sanitario sin WC, porcentaje que alcanzó al 67,4% en el área rural y solo al 6,5% en Asunción. Este indicador mejora levemente en el año 2004 y más en el año 2005, siendo en este año el 34,2% de los hogares que tienen servicio sanitario sin WC contra el 38,3% del año 2003. El mejoramiento se da principalmente en Asunción y Central Urbano.

## 3.2.2 EFECTIVIDAD

### 3.2.2.1. Mortalidad Infantil y Materna

#### ***Mortalidad Infantil***

La tasa de mortalidad infantil registrada en 2005 fue de 17,8 por mil nacidos vivos registrados oportunamente, pero la estimada para el total del país, es de 33,8 por mil nacidos vivos (corrección acorde a subregistro), siendo las causas perinatales, las diarreas e infecciones respiratorias agudas las tres primeras causas de muerte. Los índices de mortalidad infantil muestran un descenso del 21,5% entre 1993 y 1999.

La tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos en la región oriental, registradas en el año 2001, fue de 19,7 y en el año 2005 de 17,5, con una tendencia al descenso del 11,2%, similar al total del país; en cambio en la región occidental en el año 2001, fue de 20,6 y en el año 2005 de 27,0, con una tendencia al ascenso del 30,1%, y con la mortalidad infantil más elevada del país. En el año 2005, en relación a la mortalidad infantil, el 66% de los casos correspondieron a causas perinatales y neonatales, seguido en la etapa postneonatal de diarreas e infecciones respiratorias agudas. En el cuadro 33, puede observarse la Mortalidad infantil, neonatal e infantil tardía o post neonatal.



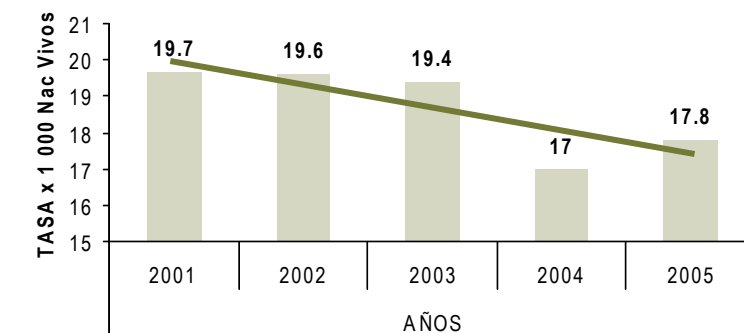
**CUADRO 33. MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y POSTNEONATAL, PARAGUAY, 1960 – 2005**

AÑOS	MORTALIDAD INFANTIL	MORTALIDAD NEONATAL	MORTALIDAD POSTNEONATAL
1960	92,7	48,8	49,2
1965	88	43,3	44,8
1970	93,5	41,1	52,4
1975	84,8	34,4	50,5
1980	63,2	32,6	30,6
1985	46	19,8	26,2
1990	30,4	14,3	16,1
1995	19,7	9,8	9,9
2000	20,2	10,9	6,5
2004	16,9	10,72	6,25
2005	17,8	11,7	6,1

Fuente: Indicadores de Mortalidad. Dpto. Bioestadística. MSP y BS hasta 2004.

Para las muertes infantiles registradas entre 1999 y 2003, el 58% ocurrió en el periodo neonatal y, de éstas, 36,2% fueron por lesiones debidas al parto; de las ocurridas en el periodo post-neonatal, el 16,2% fue debido a neumonía e influenza, y 15,8% a diarrea. La mortalidad registrada de 1 a 4 años pasó de 78,4 por cien mil en 1998 a 62,5 por cien mil para el 2003. En esta población las principales causas de muertes asistidas con causa definida fueron las enfermedades transmisibles (48%), especialmente neumonías, diarreas y septicemias y las causas externas (12,4%). Para la población de 5 a 9 años, la tasa de mortalidad registrada en el grupo de 5 a 9 años para el 2003 fue de 24,2 por cien mil. El 32,7% de esas muertes registradas fueron por enfermedades infecciosas (IRAs y septicemia), y el 29,1% por causas externas (accidentes)<sup>88</sup>. En el gráfico 5 se observa la tendencia de las tasas de mortalidad infantil.

**GRÁFICO 5: TENDENCIA DE LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL, PARAGUAY, 2001-2005**



Fuente: Dpto. Bioestadística - MSP y BS

**CUADRO 34: ATENCIÓN AL PARTO CON PERSONAL DE SALUD CALIFICADO ÚLTIMOS TRES QUINQUENIOS, PARAGUAY, 1990-2005**

PERIODO 1990-1994								
	1990	1991	1992	1993	1994	Total	Promedio	
<b>Médico</b>	ND	ND	ND	ND	28.682	28.682	5.736,4	
<b>Obstetra</b>	ND	ND	ND	ND	34.724	34.724	6.944,8	
Total	ND	ND	ND	ND	63.406	63.406	12.681,2	17.2
<b>NVR</b>	65.313	70.554	75.376	77.991	79.575	368.809	7.376,8	
PERIODO 1995-1999								
	1995	1996	1997	1998	1999	Total	Promedio	
<b>Médico</b>	31.791	35.705	36.682	35277	36.734	176.189	35.237.8	
<b>Obstetra</b>	3.1571	37.186	38.238	36762	40.273	184.030	36.806.0	
Total	63.362	72.891	74.920	72039	77.007	360.219	72.043.8	83.2
<b>NVR</b>	79.591	88.438	88.422	86596	9.0007	433.054	86.610.8	
PERIODO 2000-2005								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total	
<b>Médico</b>	36.663	36.379	38.441	37.500	45.315	51.203	245.501	
<b>Obstetra</b>	36.424	35.740	38.872	37.044	35.380	33.896	217.356	
Total	73.087	72.119	77.313	74.544	80.695	85.099	462.857	83.7
<b>NVR</b>	86.000	83.919	90.085	86.739	101.000	105.109	552.852	

NVR. Nacidos Vivos Registrados  
\* Tasa Promedio

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

### **Mortalidad Materna**

La tasa de mortalidad materna registrada es de 128,5 por 100.000 nacidos vivos (2005), y la estimada acorde al elevado subregistro sería de 336 por 100.000 nacidos vivos lo que nos ubica en el grupo de países con Alta Tasa de Mortalidad Materna (OMS) y la oscilación de 189 a 519,9 entre la población indígena, rural y pobre, siendo relevante la elevada incidencia del aborto como causa de muerte, junto con la hemorragias, sepsis, toxemias y otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Según el lugar de residencia habitual de las madres, más de dos tercios de los decesos maternos se producen en áreas rurales y peri urbanas (69%). En lo referente al control prenatal, la mayor parte de las muertes maternas se da en las mujeres que no han hecho controles prenatales (65%) a estos han sido insuficientes. En el cuadro 35, se puede observar la Mortalidad Materna registrada.

La razón de mortalidad materna registrada en Paraguay en 1999 fue de 114,4 por cien mil nacidos vivos, con una reducción de 23,8% en relación a 1990, correspondiendo un 20% a la mortalidad en adolescentes. A partir del 2000 se inició la implementación de la vigilancia de las muertes maternas y las tasas volvieron a subir, en función de mejor registro, alcanzando 174,1 por cien mil nacidos vivos en 2003<sup>89</sup>.

**CUADRO 35. MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA, MSP Y BS, PARAGUAY, 1990-2004**

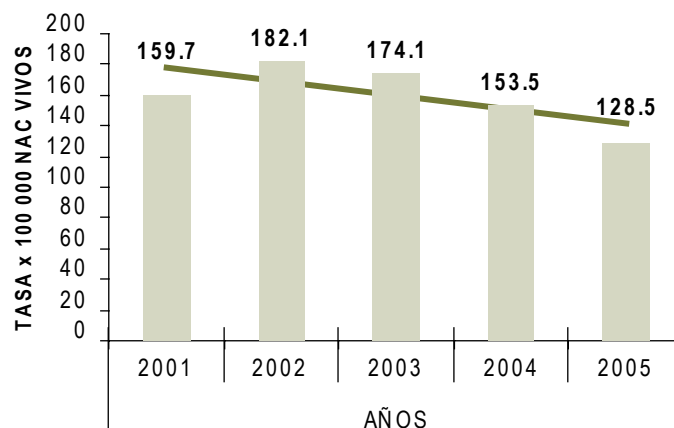
<b>Año</b>	<b>Nacidos anuales (en miles) registrados</b>	<b>Mortalidad Materna registrada</b>	<b>Tasa de Mortalidad Materna registrada *100000 N.V.</b>
1990	65.313	98	150,0
1991	70.554	117	165,8
1992	75.376	75	99,5
1993	77.991	96	123,1
1994	79.575	111	139,5
1995	79.591	104	130,7
1996	88.438	109	123,3
1997	88.422	90	101,8
1998	86.596	96	110,9
1999	90.007	103	114,4
2000	86.000	141	164,0
2001	83.919	134	159,7
2002	90.085	164	182,1
2003	86.739	151	174,1
2004	101.000	155	153,5
2005	105.808	136	128,5

Fuente: Dpto. de Bioestadística. Dirección General de Planificación. MSP y BS

El comportamiento de ese indicador del quinto objetivo de desarrollo del milenio, según la tendencia, muestra que es imposible que el país alcance la meta para el 2015. Las tasas de mortalidad materna presentan variación importante entre regiones, relacionadas con la calidad y oportunidad de la atención así como con el mayor o menor sub registro de defunciones. Las causas de muertes maternas están relacionadas con barreras de acceso a los servicios de salud, registrándose una demora en la llegada al servicio de 46%, deficiencia resolutoria de los servicios en el 23% de los casos y el 31% restante mueren en su domicilio sin asistencia<sup>90</sup>. Las principales causas biológicas de la muerte materna estudiada siguen siendo evitables: hemorragias, aborto, toxemia y septicemia. Con respecto a la atención prenatal, en el 94,2% de los nacimientos, las madres asistieron por lo menos una vez y el 68,6% lo tuvo durante el primer trimestre, en 2004; persisten aún diferencias entre regiones.

90 Paraguay, MSP y BS, Dirección General de Programas de Salud. Comisión Nacional Vigilancia Epidemiológica de la Salud Materna y Neonatal. Informe interno. Asunción, 2005.

**GRÁFICO 6: TASA DE MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA, PARAGUAY, 2001-2005**



Fuente: Dpto. Bioestadística - MSP y BS

### 3.2.2.2. Mortalidad por Neoplasias Malignas

Los registros de cáncer de cuello uterino, cáncer de mama y cáncer de pulmón se han incrementado, constatándose en el quinquenio 2000-2004 una tasa promedio de 3,39 por 100.000 habitantes, en contraste con 2,8 por 100.000 de 1995-99<sup>91</sup>. Los tumores de cuello uterino constituyen en promedio el 59% del total de los tumores malignos, y el de mama representa en promedio el 28,8% anual.

Los tumores constituyen la segunda causa de muerte, un 14 a 15% de las muertes registradas con causa definida y asistencia médica, entre 2001 y 2003. Entre estas, no se observan diferencias importantes entre hombres y mujeres, pero sí entre áreas urbana y rural, con un valor de 3,9 a 4,4 veces mayor en la primera, sugiriendo importante subregistro, muy baja cobertura de asistencia médica y mala calidad de los certificados de defunción. Entre las defunciones por tumores con causa definida y asistencia médica, para las mujeres el primer lugar fue cáncer de útero, el segundo, tumor de mama, y el tercero, tumor de órganos digestivos y peritoneo, excluyendo estómago y colón. En varones, el primero fue tumor de tráquea, bronquios y pulmón, el segundo, de órganos digestivos y peritoneo, excluyendo estómago y colón y el tercero, de próstata<sup>92</sup>.

Considerando todas las muertes registradas y excluyendo las mal definidas, en conjunto para el período 2001-2003, y analizando las causas específicas de mortalidad, los tumores de útero aparecen como quinta causa de muerte en mujeres, con una tasa de 12,4 por cien mil. Lamentablemente una mitad de los casos registrados no tienen localización identificada. Entre los que sí la tienen, la razón cáncer de cuello-cáncer de cuerpo fue de 12,5. El segundo tumor para mujeres es el de mama. Para varones, la primera causa de muerte entre los tumores es tráquea, bronquios y pulmón y la segunda es el tumor de próstata<sup>93</sup>.

91 MSP y BS. Departamento de Bioestadística. Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección General de Vigilancia de la Salud.

92 Paraguay, MSP y BS, Dirección de Planificación y Evaluación, Departamento de Bioestadística, 2006.

93 Paraguay, MSP y BS, Dirección de Planificación y Evaluación, Departamento de Bioestadística, 2006.

### 3.2.2.3. Incidencia de Malaria, Tuberculosis y VIH/SIDA

**Malaria.** Después de la epidemia del 1999-2000, con 16.799 casos, las actividades sostenidas de vigilancia y control han logrado una reducción de 97% en el número de casos anuales hasta 376 en el 2005. El *P. vivax* responde por 99,8 a 99,9%<sup>94</sup>. No se registran muertes por malaria. El 75% de los casos se concentra en el área rural de tres departamentos endémicos (Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú). En 2005, el Programa Nacional ha elaborado un plan estratégico para eliminar la malaria como problema de salud pública, incorporando a los servicios de salud en el diagnóstico y tratamiento, y a los gobiernos locales en el ordenamiento ambiental.

**Tuberculosis.**<sup>95</sup> El país no cuenta con estudios nacionales de prevalencia y riesgo anual de infección tuberculosa (RAIT). La OMS estimó para 2004 una tasa de 71 por cien mil habitantes de casos de TB todas las formas<sup>96</sup>. La detección de casos de tuberculosis todas las formas es bastante regular en los últimos 10 años, hasta 2004; la de casos pulmonares positivos a la baciloscopia experimentó un discreto aumento que pudiera atribuirse a una ampliación de la actividad de detección en 2003 y 2004. En 2004 se notificaron 2.300 casos nuevos, el 54% de los casos estimados (tasa de 38 por cien mil habitantes). De ellos, 2.097 eran pulmonares (91%); de los cuales 57% con baciloscopia positiva. De los 203 casos de tuberculosis extra-pulmonar (9% del total), 36 (18%) fueron meningitis tuberculosa. La región del Chaco muestra la tasa de notificación más alta y el mayor número de casos se registra en el área metropolitana. La tasa de mortalidad es elevada (4,7 por cien mil hab.) y está asociada al diagnóstico tardío antes que al VIH<sup>97</sup>.

El programa de control adoptó la estrategia DOTS en el año 2000 en dos áreas demostrativas y para el año 2004 informa que el 27% de la población del país habita en áreas DOTS. El análisis de la cohorte del año 2004 de casos nuevos BK (+) (744 casos) en áreas no DOTS, presenta un porcentaje de éxito de tratamiento de 71,4%, la tasa de traslados no confirmados de un 1,5%, los abandonos de 14,2%, los fracasos de un 0,1% y los fallecidos de 5,5%. En áreas DOTS, de 361 casos BK+ el éxito de tratamiento fue de 84,8% y el abandono de 6,1%. El porcentaje de fallecidos sigue siendo alto (5,8%).

La resistencia primaria a una droga es de 6,9% y la multi-drogo-resistencia (MDR) primaria es de 2,1%<sup>98</sup>. La resistencia secundaria a una sola droga es de 13,7%<sup>99</sup>, y la MDR secundaria es de 4%. El alto porcentaje de MDR primaria está posiblemente en relación al tratamiento auto-administrado que incluye la rifampicina.

**Sida.** La tasa de incidencia de VIH/SIDA en 2005 fue de 3,9 por 100000 habitantes; 3071 infectados, y 4449 personas viviendo con la enfermedad. El 56,35% de los casos han fallecido. La endemia demuestra tendencia de expansión a centros urbanos menores, heterosexualización y alcance progresivo de poblaciones más pobres. La mayoría de los casos de SIDA reportados se ubica entre los 30 a 34 años de edad. La infección por vía sexual fue notificada para 80% de los casos; 7% corresponden a vía de transmisión sanguínea, con una mayoritaria presencia de UDIs, con casos de accidentes transfusionales notificados al comienzo de la epidemia; la transmisión vertical contribuye en 5%; se desconoce la vía de infección en 8% de los casos. La mayoría de casos se reportan en zonas urbanas, aunque con notificación creciente del interior del país. Las tasas de prevalencia más elevadas corresponden a Capital, seguida por el Departamento Central y los Departamentos de frontera lindantes con Argentina y Brasil (como Itapúa, Alto Paraná y Amambay). El creciente intercambio fronterizo con poblaciones vulnerables de Brasil y de Argentina es otro factor que hace prever una posible expansión de la epidemia en años venideros de no ser provistas a tiempo medidas adecuadas de vigilancia y control.

94 OPS. Malaria in Paraguay: Time Series Epidemiological Data from 1998 to 2004.

95 Paraguay, MSP y BS, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional Control TB. Informes técnicos varios. Asunción, 2006.

96 WHO Report 2006, Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing.

97 WHO Report 2006, Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing.

98 OPS-Paraguay, MSP y BS, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional Control TB. Estudio sobre Multidrogoresistencia. Washington DC: OPS; 2003.

99 El análisis de la resistencia secundaria a una droga se realizó con una muestra insuficiente.

La epidemia de VIH/SIDA sigue siendo concentrada y se estima a octubre de 2004, que entre 16.000 y 18.000 personas de 15 a 49 años viven con VIH. Esta estimación, comparada con el número registrado para el mismo grupo de edad en la misma fecha, indica un subregistro de 80,0%. La prevalencia del VIH/SIDA en mujeres embarazadas ha sufrido un incremento de 0,2% en 2000 a 0,8% en 2002; y, en las trabajadoras sexuales, de 0,6% en 2000 a 2,6% en 2002<sup>100</sup>, lo cual podría indicar una notable expansión y posible dispersión de la epidemia. Aún con este nivel de subregistro, merece especial atención la progresión de la epidemia en la población femenina<sup>101</sup> y en jóvenes de 15 a 24 años. Igualmente llamativa es la notificación cada vez más frecuente de casos fuera del área metropolitana. La prevalencia del VIH en donantes de sangre osciló entre 0,16 y 0,34% en el periodo 1999 – 2004<sup>102</sup>.

La tasa de prevalencia en el uso del condón entre las mujeres sigue siendo baja (10,5% en 2004 comparado con 1,9% en 1990). Entre las mujeres jóvenes, de 15 a 24 años, la tasa de prevalencia en el uso del condón en la última relación sexual de los últimos tres meses fue 31,8% en 2004, resultado superior al 15,7% registrado en 1996. Sin embargo, en este mismo grupo, solo 2,2% de las mujeres tenían conocimiento espontáneo y conjunto de las tres formas de prevención del VIH/SIDA<sup>103</sup>.

Durante el 2005, el Programa Nacional de Control de VIH/sida/ITS proporcionó terapia antirretroviral (TAR) a 588 adultos y 92 niños en forma gratuita (un 19% en base al estimado de personas que requieren TAR). No se dispone de medicación para profilaxis de enfermedades oportunistas. Se inició la descentralización de la atención y distribución de TAR a PVVS a servicios de salud del MSP y BS en zonas de frontera con Brasil Argentina. La prevención de la transmisión vertical de VIH se inició en el año 2005, con la distribución de pruebas rápidas para la determinación de VIH en los hospitales materno- infantiles del MSPYBS, en 17 de las 18 Regiones Sanitarias del país.

La prevalencia de *sífilis* en mujeres embarazadas osciló entre 5,3% y 6,2% en el periodo 2000 – 2004. La incidencia de la sífilis congénita para el mismo período se incrementó de 1,1 a 4,9<sup>104</sup>. La prevalencia de la sífilis en donantes de sangre en el periodo 1999 – 2004 osciló entre 0,2% a 0,3%<sup>105</sup>.

- 
- 100 Encuestas sero-epidemiológicas sobre infección VIH/sida en mujeres embarazadas y trabajadoras sexuales, realizadas por el PRONASIDA, en 2000 y 2002. Es necesario hacer notar que en ambos estudios el tamaño muestral no fue adecuado.
- 101 En 1992, por cada mujer infectada había 28 hombres infectados y, en 2004, por cada mujer infectada hay 2,8 hombres infectados con el VIH/SIDA.
- 102 Paraguay, MSP y BS, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Información no publicada. Asunción, 2006.
- 103 Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004.—Asunción, 2005.
- 104 Datos proporcionados por el Departamento de Bioestadísticas del MSP y BS, en base a los registros de servicios de consulta prenatal; cuya cobertura es limitada y no uniformemente distribuida en todo el país.
- 105 Paraguay, MSP y BS, Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Información no publicada. Asunción, 2006.

### 3.3. EFECTO SOBRE EL “SISTEMA DE SALUD”

**CUADRO 36: MOMENTOS DE LOS PROCESO DE CAMBIO E INCIDENCIA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD**

PERIODO IMPLICANCIAS DE LOS CAMBIOS	1990 – 1994	1995 – 1999	2000 – 2005
	<b>Derecho de los Ciudadanos a la salud</b>	Constitución nacional 1992	Por Ley del Presupuesto General de la Nación, desde 1997 el Estado otorga un subsidio de 75.000 Gs. para pagar un seguro médico a cada funcionario público adherido al Sistema Nacional de Recursos Humanos, dependiente de la Presidencia de la Nación.
<b>Incidencia en la rectoría</b>		Ley 1032 creación Sistema Nacional de Salud Decreto 19966/1998 que reglamenta la descentralización sanitaria local. Decreto 20553/1998 que reglamenta la Superintendencia de Salud. Decreto 21376/1998 que establece la nueva organización funcional del MSP y BS.	
<b>Separación de funciones del Sistema de Salud</b>		La Superintendencia de Salud es una Dirección Ejecutiva del Sistema Nacional de Salud, reglamentada por Decreto N° 20.553 del 6 de abril de 1998.	
<b>Desconcentración y/o Descentralización</b>	Se crearon departamentos (en virtud de la Constitución de 1992 y la Ley 426/94), y se reorganizaron los municipios (Ley 1/90). La Resolución 368 (1992) y la Resolución 49 (1993) fijaron los límites geográficos de las regiones de salud de forma que siguiesen las divisiones políticas y administrativas del país. En 1994 se promulga la Ley No. 426 —Ley Orgánica del Gobierno Departamental— por la que se crean los gobiernos y secretarías de sanidad departamentales.	En 1998, el Decreto Ley 19966 reglamentó la descentralización sanitaria, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategias para el desarrollo del SNS, y facultó a los Municipios y a los CLS para administrar fondos del nivel central y regional para el desarrollo de planes locales de salud. A fines del periodo de gobierno 1993-1998 se firman los primeros convenios de gestión entre el MSP y BS, la Gobernación Central y los Municipios del Departamento Central. Entre agosto 1998 y febrero de 1999 se renuevan estos convenios, con la cesión en usufructo de las unidades sanitarias distritales, con el comisionamiento de los recursos humanos, y el nombramiento de directores y administradores en base a un concurso de méritos.	

<b>Promoción de la participación de la sociedad civil</b>			
<b>Incidencia en la gobernabilidad</b>			
<b>Cambios en el modelo de atención</b>			
<b>Cambios en el modelo de gestión</b>		Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/ Organización Panamericana de la Salud. Paraguay, agosto 1998.	
<b>Barreras de acceso a los servicios individuales y salud colectiva</b>			Exclusión social en salud Paraguay 2003.
<b>Cambios en la calidad de la atención</b>			
<b>Cambios en el mercado laboral y en los recursos humanos en salud</b>	Resolución S.G. N° 333/1993 "Por la cual se autoriza a la dirección de control de profesiones médica y afines a expedir registros profesionales, transitoriamente a profesionales paraguayos con títulos expedidos en el extranjero". Resolución S.G. N° 218/1994, "Por la cual se aprueban los requisitos para el registro y habilitación para el ejercicio de la profesión de los universitarios, técnicos y auxiliares de la salud".-	Resolución S.G. N° 233/1995, "Por la cual se actualiza el reglamento para registro y habilitación de profesionales con títulos expedidos en el extranjero". Resolución S.G. N° 64 de fecha 14 de febrero de 1997, "Por la cual se actualiza el reglamento para el registro y habilitación de profesionales en ciencias de la salud con títulos expedidos por universidades del país y del extranjero". Decreto N° 22.439/1997, "Por la cual se reglamenta el ejercicio de la odontología en todo el territorio de la república". Resolución S.G. N° 384 de fecha 16 de agosto de 1999, "Por la cual se modifica la resolución S.G. N° 218, de fecha 26 de abril de 1994, que aprueba los registros para el registro y habilitación para el ejercicio de la profesión de los universitarios, técnico y auxiliares de la salud, egresados de instituciones de enseñanza del país".	Resolución S.G. N° 147 de fecha 20 de marzo de 2000, "Por la cual se modifica la resolución s.g. n° 233/95, que actualiza el reglamento para el registro y habilitación de profesionales con títulos expedido en el extranjero".



## 3.4. ANÁLISIS DE ACTORES

### SECTOR PÚBLICO

**Consejo Nacional de Salud:** Reglamentado en el Capítulo IV de la Ley 1032, definido en el Art. 19° como: El Consejo Nacional de Salud es un organismo de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud.

Esta integrado por (Art. 21°), por un representante de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Ministerio de Hacienda. Ministerio de Educación y Culto. Comisión de Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados. Comisión de Salud de la H. Cámara de Senadores. Secretaría Técnica de Planificación. Facultad de Ciencias Médicas. Facultad de Odontología. Facultad de Enfermería. Facultad de Ciencias Químicas. Instituto de Previsión Social. Asociación de Sanatorios y Hospitales Privados. Consejo de Gobernadores. Organización Paraguaya de Cooperación Intermunicipal. Asociación de Juntas Departamentales. Circulo Paraguayo de Médicos. Circulo de Odontólogos del Paraguay. Federación de Químicos del Paraguay. Asociación Nacional de Enfermeras. Centrales Sindicales. Centrales Patronales. Trabajadores de la Salud. CORPOSANA SENASA. Sanidad Militar. Sanidad Policial. Organizaciones no Gubernamentales. Organizaciones Campesinas a Nivel Nacional.

El Consejo Nacional de Salud está constituido por la reunión general de todos los re-presentantes del mismo que se reúnen en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria las veces que sea necesaria (Artículo 22°, Ley 1032).

Su rol dentro del sector ha sido marginal, dada la escasa frecuencia con la que es convocado, y el marginal abordaje técnico aportado a fin de fortalecer el sector.

**Dirección Médica Nacional:** Es el organismo técnico de normalización y gerenciamiento del Sistema de Servicios. El Fondo Nacional de Salud será el órgano encargado de desarrollar la política de financiamiento del sector y la organización y administración del seguro médico nacional. La superintendencia de salud tendrá a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema (Artículo 33°, Ley 1032). No cumple a la fecha con sus funciones dentro del sistema, pues no ha sido institucionalizado su desarrollo.

**Fondo Nacional de Salud:** Establecido en la Ley 1032 (Artículo 40°), como la Dirección Ejecutiva Financiera encargada de desarrollar la política del financiamiento del Sistema, previa aprobación del Consejo Nacional de Salud.

El financiamiento del Sistema se basa en los recursos presupuestarios establecidos para cada sub-sistema o entidad que lo integra (Artículo 41°). A la fecha no ha iniciado su operación. No cumple a la fecha con sus funciones dentro del sistema, pues no ha sido institucionalizado su desarrollo.

**Superintendencia de Salud:** A fin de poder implementar los contenidos previstos en la Ley, en el capítulo VII se crean las Direcciones Ejecutivas del Sistema, dentro de las que se prevé la creación de la Superintendencia de Salud mediante el Artículo 31<sup>o106</sup>. En el Artículo 33°, se define que "La superintendencia de salud tendrá a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos por el sistema". A partir del 13 de septiembre de 2006, con la promulgación de la Ley 2.319 "Que establece las Funciones y Competencias de la Superintendencia de Salud", se inicia un nuevo proceso institucional a fin de fortalecer su accionar regulador dentro del sistema.

---

106 El Comité Ejecutivo organizará una dirección médica nacional, otra del Fondo Nacional de Salud y de la Superintendencia de Salud.

**Consejo Regional:** Está constituido por la reunión general de los representantes de las diferentes instituciones relacionadas al sector. El Consejo se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria, las veces que sea necesaria. La mesa directiva estará integrada por el presidente, que será ejercido por la Secretaría de Salud de la Gobernación, el Vicepresidente y tres vocales designados en la primera reunión general y se reunirá por lo menos cada quince días.

Todas aquellas instituciones que tengan interés en incorporarse al Consejo, deberán solicitarlo por escrito, a la mesa directiva y en el mismo debe de mostrar su relación con el sector salud. La mesa directiva debe responder en un plazo no mayor a quince días; si no hubiere respuesta dentro de este plazo aquella institución se incorporará automáticamente (Artículo 23º, Ley 1032).

No se ha generado un desarrollo en las 18 regiones sanitarias, y en aquellas en donde opera todavía presenta limitantes que garanticen cumplir con su función.

**Consejo Local:** Está constituido por la reunión general de los representantes de las diferentes instituciones relacionadas al sector. El Consejo se reunirá en forma ordinaria cada dos meses y en forma extraordinaria las veces que sea necesaria. La mesa directiva estará integrada por el presidente, que será ejercido por la Dirección de Higiene y Salubridad de la Municipalidad, el Vicepresidente y tres miembros electos en la primera reunión general y se reunirá por lo menos cada quince días. Todas aquellas instituciones que tengan interés en incorporarse al Consejo, deberán solicitarlo por escrito, a la mesa directiva y en el mismo debe de mostrar su relación con el sector salud. La mesa directiva debe responder en un plazo no mayor a quince días; si no hubiere respuesta dentro de este plazo aquella institución se incorporará automáticamente (Ley 1032, Artículo 24º).

Su desarrollo ha sido marginal, aún en aquellas regiones donde operan los Consejos Regionales. Institucionalmente su función de control y gestión sectorial y garante de los derechos en salud de los usuarios, ha sido reemplazado en la mayoría de los casos, por su interés en el manejo de los recursos financieros del sector.

**Secretarías de Salud de Gobernaciones y Municipios:** Dependen de los gobiernos sub. nacionales, y tienen financiamiento con los recursos propios de gobernaciones y alcaldías, y en algunos casos extraordinarios con los royalties.

En el ejercicio de sus funciones hay una desarticulación con el ente que representa territorialmente al MSP y BS, lo que genera ineficiencias sectoriales.

## SECTOR PRIVADO

En 1987 se creó la Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales del Paraguay -CIMAP-, a partir de ese mismo año forma parte integrante de la ALAMI (Asociación Latinoamericana de Medicina Integral) y años más tarde se asocia a la FEPRINCO. Agrupa a todas las empresas dedicadas a las prestaciones directas e indirectas del Sistema de medicina Prepaga, que en la actualidad son 16.

Su rol como actor sectorial, contribuye a la fragmentación de los servicios de salud ofertados.

**Sociedad civil organizada alrededor de la salud (gremios, asociaciones de trabajadores, sindicatos, etc.):** La estructura y organización del movimiento sindical en el país<sup>107</sup>, se cuenta a nivel nacional con 5 Centrales sindicales, entre las de mayor importancia y representación se encuentra la CUT, la CNT, la CESITEP, el movimiento esta muy fragmentado debido a la propia legislación que establece la posibilidad de organización desde 20 trabajadores en una misma empresa, y otro factor es la orientación

política sindical. La CUT, es una Central sindical, clasista, autónoma y democrática, tiene sus orígenes en el Movimiento. Independiente de Trabajadores M.I.T, y oficialmente fue creada como Central en 1992, sus autoridades son electas cada 4 años, por elecciones de todos los afiliados por voto secreto, de las diferentes organizaciones de base que se encuentran afiliadas a la misma entre los sectores afiliados tenemos el sector comercio, salud, bancarios, alimentación, seguridad social, transporte, agua, textiles, químicos.

Los más activos exponentes de la sociedad civil organizada dentro del sistema de salud, son el Circulo Paraguayo de Médicos –CPM-, y la Asociación Paraguaya de Enfermeras –APE-. Ambas instancias centran su participación sectorial, principalmente en acciones relacionadas con reivindicación gremial de sus afiliados. Se destaca que la APE tiene una organización con representación en los niveles sub nacionales. Gremialmente los trabajadores del MSP y BS, que lo deseen se pueden afiliar al Sindicato de Trabajadores del Ministerio de Salud –SITRAMIS-.

**Gabinete social<sup>108</sup>**

**GRÁFICO 7.  
Gabinete Social - Equipo Ejecutivo**



108 Fuente: III Foro Nacional Invertir en la Gente. Blanca Ovelar, Ministra de Educación y Cultura. Coordinadora del Equipo Ejecutivo del Gabinete Social. 29 agosto 2006.

## Objetivos Centrales

- Adecuada correspondencia entre los programas de la política social y los que apuntan a reducir la pobreza
- Cooperación y convergencia entre las instituciones en la implementación de los programas
- Elaboración de una agenda estratégica que pueda ser compartida entre las instituciones públicas (centrales y locales) las ONGs y otros agentes de la sociedad civil
- Identificación de líneas prioritarias de apoyo de la cooperación internacional
- Articulación entre los ámbitos de las políticas sociales y las políticas económicas

**Elites (empresarios, académicos):** La participación de los empresarios se centra básicamente en un rol de proveedores de suministros del Estado. Los grupos académicos, tienen escasa participación para aportar al sistema, excepto algunas sociedades científicas que fijan posiciones, principalmente sobre temas médicos. En los últimos años, paulatinamente se han empezado a desarrollar, principalmente en los eventos académicos, la revisión de temas relacionados con la salud pública.

**Sociedad civil organizada en general:** No hay una abierta participación dentro del accionar del sistema de salud, sin embargo hay inicios de movilización social, principalmente en torno a los derechos de la salud materno infantil.

**Agencias y organismos de Cooperación Internacional:** El país no cuenta con una agenda estratégica de cooperación para el sector salud, y el ente rector tiene debilidades institucionales para coordinar con los cooperantes el desarrollo de este componente sectorial.

Con respecto a las agencias, desarrollan acciones generalmente a través del MSP y BS, pero hay en los últimos tiempos una tendencia a desarrollar acciones a través de las gobernaciones y municipalidades.

Los organismos de cooperación, en el caso del Paraguay cumplen funciones de:

- Brindar cooperación técnica, principalmente al sub. sector público a través del MSP y BS (UNICEF, UNFPA, OPS, ONUSIDA, etc.); o
- Facilitar la movilización de recursos internacionales mediante empréstito (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo).

## BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos - OPS/OPS. Exclusión Social en Salud. Paraguay, 2007. Versión no editada

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares 2005.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Censo Nacional de Población y Viviendas, Paraguay 2002

Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2004. Asunción, 2005

Eliminación de la Rabia Humana transmitida por perros en América Latina: Análisis de la Situación. Informe Paraguay. PAHO 2005. <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/vp/rabia-sit-par.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, Centro Panamericano de Fiebre Aftosa. Situación de los programas de erradicación de la fiebre aftosa: América del Sur; 1999–2003.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe del Paraguay 2005. –Asunción, 2005. <http://www.undp.org.py/rc/ODMPY2005.pdf>.

Transparencia Paraguay. Índice de Transparencia, Integridad y Eficiencia- 2005 medición de la administración pública basada en elementos objetivos. Asunción, 2006

Paraguay, Banco Central del Paraguay. Cuentas Nacionales No. 40. Asunción, 2004

Paraguay, Banco Central del Paraguay. Informe Económico Abril 2005. Asunción.

Paraguay, Ministerio de Educación y Cultura MEC/DGPEC, 2004. Análisis cuantitativo de la evolución educativa, 1990-2001. Asunción., 2004.

Organización Internacional del Trabajo. Políticas de empleo para superar la pobreza. Santiago de Chile, 2003.

Sistema de Naciones Unidas. Evaluación Común de País. (CCA). Paraguay, 2005.

Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General Estadísticas Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de hogares: principales resultados EPH/2003, 2004.

OIT.-IPEC-UNICEF. Seguimiento de Indicadores sobre la niñez trabajadora de Paraguay. Asunción, 2003.

Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos. II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002. Pueblos Indígenas del Paraguay. Resultados Finales. Fernando de la Mora, 2002.

El Plan de Crecimiento Económico con Equidad, la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (ENREPD) y la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, la Desigualdad y la Exclusión Social elaborada por la Dirección del Plan de Estrategia de Lucha contra la Pobreza.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuesta Permanente de Hogares 2006.

Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia. Evaluación Regional de los Servicios de Manejo de Residuos Sólidos Municipales: informe de Paraguay. OPS/OMS, 2004

Paraguay, Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia, Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002: *Resultados finales*. Fernando de la Mora, 2004.

República del Paraguay. Ley 1.032/96 que establece la creación del Sistema Nacional de Salud.

CIRD/USAID. El Informativo de la Salud. Julio/agosto 2005.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto N° 19.966/98. 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 ley n° 1.032/96. Asunción, 17 de Febrero de 1998.

Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Organización Panamericana de la Salud. Paraguay, agosto 1998.

Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios. Mayo 2005.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social-OPS/OMS. Foro Nacional de Recursos Humanos en Salud. Paraguay 2004

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Recursos Humanos. Base de datos. Asunción, 2005.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Recursos Humanos. Censo integral de funcionarios MSP y BS 2003. Asunción, 2004

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Monitoreo sobre disponibilidad y utilización de servicios con Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) en los Establecimientos de salud del Paraguay. 2005

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – OPS/OMS. Financiamiento y Gasto por Función de Atención y Ciclo de Vida del MSP y BS, 2005 / 2006. Diciembre 2007.

Organización Panamericana de la Salud. Malaria in Paraguay: Time Series Epidemiological Data from 1998 to 2004.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional Control TB. Informes técnicos varios. Asunción, 2006.

WHO Report 2006, Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing.

OPS-Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Vigilancia de la Salud, Programa Nacional Control TB. Estudio sobre Multidrogoresistencia. Washington DC: OPS; 2003.

Organización de los Servicios de Salud en el Marco de la Reforma Sectorial. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Organización Panamericana de la Salud. Paraguay, agosto 1998.

MSP y BS-OPS/OMS. Cuentas de Salud Paraguay 2002/2004. Octubre 2006.

Caracterización de la exclusión en salud en Paraguay. MSP y BS, DGEEC y OPS-OMS, 2003.

Exclusión Social en Salud en Paraguay 2007: Análisis a nivel Nacional y Regional. MSP y BS-DGEEC-OPS/OMS. Diciembre 2007.



**USAID**  
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS  
UNIDOS DE AMÉRICA

**UNIDAD DE POLÍTICAS Y SISTEMAS DE SALUD**  
ÁREA DE FORTALECIMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD /  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud