

Derecho a la salud





Exclusión e inequidad social: Señales de la salud en deterioro

Esperanza Martínez
Círculo Paraguayo de Médicos

El análisis sobre los avances de los derechos en salud, según lo establecido en las normativas del PIDESC en el Paraguay, muestra la brecha importante que aún se debe cubrir para lograr un nivel de bienestar básico para toda la población, dentro de un marco de equidad social. Los indicadores básicos de salud, a pesar del avance que se ha producido en algunos programas sanitarios, muestran un perfil epidemiológico del país con graves problemas de salud pública, de insuficiente cobertura y acceso y de importante exclusión social.

INTRODUCCIÓN

El gobierno del Paraguay se ha comprometido con la comunidad nacional e internacional a respetar y velar por el cumplimiento de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, así como de los instrumentos y normativas definidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y en la Convención Americana sobre los Derechos Humanos.

En el ámbito del derecho a la salud, el PIDESC define en su artículo 12 el compromiso de los Estados parte sobre “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y espera de parte de los Estados el mayor esfuerzo posible y las medidas necesarias para: reducir la mortalidad y la mortalidad infantil, el sano desarrollo de niños y niñas, el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la creación de condiciones que aseguren a todos los habitantes la asistencia médica y el acceso a los servicios de salud.

Por su parte, el Paraguay, con la sanción de la nueva Constitución Nacional en 1992, declara 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”. Este marco constitucional ha sido la base y el fundamento de la Ley 1.032/96 que propicia la descentralización, coordinación y complementación de los sub-sectores público y privado. Indudablemente, el marco legal de referencia permite suficientemente al país desarrollar políticas y acciones en el sector salud.

Sin embargo, el perfil epidemiológico del país, los indicadores de morbi-mortalidad materna e infantil, la escasa cobertura y la dificultad para el acceso a los servicios, así como la marcada inequidad social y la exclusión de sectores importantes de la sociedad, permiten aseverar que el país aún debe invertir mucho en el sector social para revertir la situación actual.

Uno de los aspectos que mejor define la voluntad política de las autoridades se relaciona con la inversión financiera y el gasto público en el sector, así como con las medidas que garanticen la transparencia y la eficiencia en la gestión, el combate a la corrupción, el prebendarismo político y el respeto a la idoneidad técnica de los y las profesionales y sus propuestas. El sector salud es siempre utilizado para las coyunturas políticas, los periodos electorarios; pero en el momento de concretar dichas propuestas, las autoridades y los líderes políticos no pasan de meras declaraciones generales. Por su lado, la sociedad civil es aún débil en su organización y coordinación, lo que dificulta la exigencia del cumplimiento de sus derechos esenciales.

SITUACIÓN GENERAL DE LA SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVA

La situación de la Salud en Paraguay es simplemente el resultado de la grave situación sanitaria que el país vive desde hace varias décadas. El agravamiento de esta situación se debe sobre todo al aumento de la pobreza y la inequidad social; y por otro lado, a la disminución del gasto público en salud y el mal gerenciamiento del mismo.

La mayoría de los problemas de salud están relacionados con la pobreza, la falta de educación y las malas condiciones de saneamiento básico (agua potable, tratamiento de la basura y eliminación de excretas); enfermedades infecciosas, inmunoprevenibles, desnutrición y malnutrición, alta mortalidad materna e infantil, van asociadas a enfermedades relacionadas con la transición epidemiológica: enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, causas externas como accidentes, homicidios, entre otros.

El déficit de recursos suministrados para afrontar los problemas de salud y la mala utilización de los mismos mantiene actualmente a los hospitales y demás servicios y programas sanitarios, con altos niveles de desabastecimiento, sobre todo en insumos y medicamentos, dificultando a la gente de escasos recursos obtener la atención que le corresponde. Cada vez más, los pacientes deben asumir el costo de la atención, situación que influye en el acceso a la atención de salud. Se estima que el gasto directo de bolsillo de la población es de aproximadamente 54% del gasto total del sector; 20% corresponde a Fondos del Tesoro y 26% a la Seguridad Social-IPS (OPS, 2001). Se estima que el porcentaje de población sin acceso a servicios básicos de salud es de aproximadamente el 33% de la población (MSPyBS, 1999).

Indicadores Básicos de Salud

Analizar los indicadores básicos de salud en Paraguay del periodo correspondiente al año 2002, se hace imposible porque no se cuenta con dicha información; los datos oficiales se publican con mucho retraso. El informe sobre “Indicadores Básicos de Salud. Paraguay 2000”, fue recientemente publicado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y contiene datos del año 1999. Así también, el Informe sobre “Indicadores de Salud de las Américas: Indicadores Básicos 2002” contiene datos sobre Paraguay desde 1994 hasta el año 2000 (OPS/OMS, 2002).

Considerando los aspectos contemplados en el PIDESC, es importante señalar algunos indicadores generales de salud a partir de las dos fuentes de información antes mencionadas, que muestran claramente el panorama de la salud en el Paraguay.

Tasa de mortalidad materna: En Paraguay, la mortalidad materna tuvo una tasa de 114,4 defunciones registradas por 100.000 nacidos vivos (n.v.) en 1999. Comparativamente, Argentina para el año 2000 tenía 35,0 defunciones por 100.000 n.v.; Brasil 55,8 defunciones por 100.000 n.v. (1999), Bolivia 390 defunciones por 100.000 n.v. (1994) y Uruguay 11,1 defunciones por 100.000 n.v. en 1999 (Ibíd.).

Si analizamos la mortalidad por regiones, las diferencias son muy significativas. De las 18 Regiones Sanitarias, 7 de ellas sobrepasan la tasa nacional: Concepción con 346,5; San Pedro con 255,2; Alto Paraná con 233,5; Caazapá con 193,2; Boquerón con 153,4; Canindeyú con 132,1 y Amambay con 117,4 (MSPyBS/OPS, 2002). Sobre estas cifras hay que destacar que las mismas se corresponden a las muertes “debidamente registradas” en los servicios de salud, existiendo un grave problema de subregistro sanitario en el Paraguay que se estima en más del 40%. Además, desde los sectores no oficiales se tienen dudas sobre la veracidad de los datos oficiales. Por eso se habla de tasas registradas y tasas estimadas, contemplando los problemas de subregistro. En 1997, la tasa estimada de mortalidad materna era de 186 por 100.000 n.v. (OPS, 2001).

Tasa de mortalidad infantil y de menores de 5 años: La tasa de mortalidad infantil¹ para el año 1999, según esta fuente, ha sido de 19,4 defunciones por 1.000 n.v. De las 18 Regiones Sanitarias, diez superan las cifras nacionales: Alto Paraguay 50,0; Alto Paraná 30,1; Boquerón 29,1; Amambay 28,8; Ñeembucú 27,1; Canendiyú 23,8; Cordillera 22,0; Itapúa 21,5; Concepción 20,8; y Misiones 19,7.

Para el análisis de la mortalidad en menores de 5 años, publica una tasa correspondiente al año 2001 de 45,8 defunciones por 1000 n.v., en tanto, otra fuente señala para el año 1999 24,5 defunciones por 1000 n.v. Ambas fuentes son oficiales del Ministerio de Salud y la OPS.

De las 18 Regiones Sanitarias seis tienen tasas inferiores a la nacional y son: San Pedro, Guairá, Caazapá, Paraguari, Central y Pdte. Hayes. La tasa más alta corresponde a Alto Paraguay con 60 por 1.000 n.v.

Enfermedades endémicas y epidémicas: Durante el año 2002 se ha registrado un brote de difteria en el país, después de 22 años de compartimiento descendente de casos anuales. En el año 1985 se tuvo la tasa más alta de 0,75 x 100.000 habitantes. Entre 1996 y el 2000 no se reportaron casos. A la semana 7 del año 2002 se inició un brote de difteria en el distrito de Capiatá, departamento Central. El mayor número de notificaciones se realizó en la semana epidemiológica N° 32, con 15 casos, posteriormente se observa un descenso en la notificación, sumando hasta la fecha 173 casos notificados.

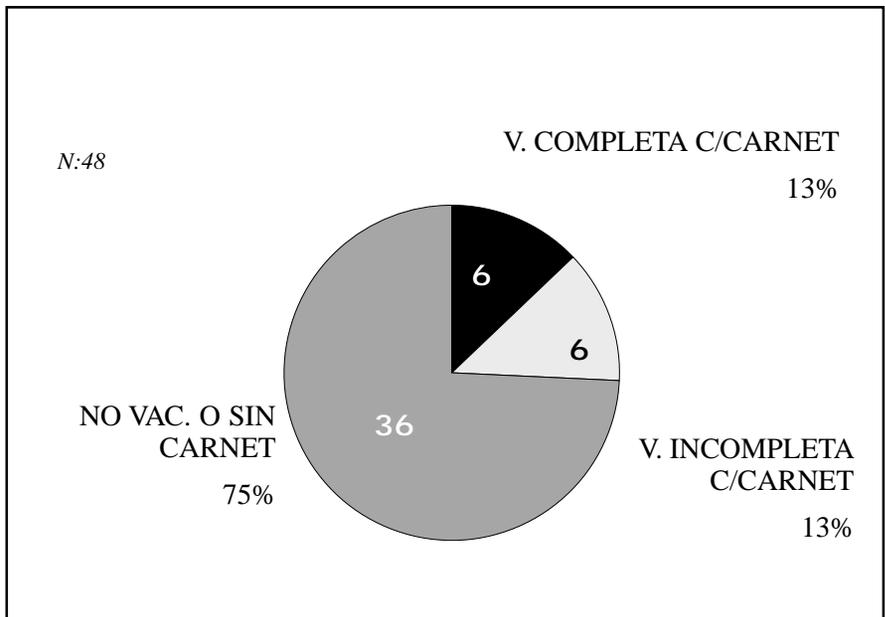
¹ Mortalidad infantil: n° de defunciones ocurridas en un año de niños menores de un año con relación a cada 1000 nacidos vivos en el mismo periodo (según nacimientos y defunciones registradas en el MSPB).

De los 173 casos notificados, fueron confirmados 48 casos, 32 por laboratorio, 12 por clínica y 4 por nexo epidemiológico. Se descartaron 103 casos y quedan pendientes de clasificación 22. Se han presentado casos en 9 distritos de los 19 con que cuenta la XI Región Sanitaria de Central, siendo los de mayor población San Lorenzo, Capiatá y Lambaré.

En la clasificación de casos de difteria por edad se observa que el mayor número de casos se presenta en los grupos etarios de 1 y 5 años, con 5 casos cada uno. La incidencia es mayor en el grupo etario de 1 año.

En cuanto a los antecedentes de vacunación de los casos confirmados de difteria, se identificó que 6 casos tienen vacunación completa para la edad (certificada por carnet), 6 casos tienen vacunación incompleta con carnet y 35 casos no tienen antecedentes de vacunación, o bien la información del estado de vacunación no está documentada por carnet o en registros de los servicios de salud (MSPyBS, 2002).

Casos de difteria según estado vacunal



Fuente: Dirección General de Vigilancia de la Salud. MSPyBS, hasta semana epid. 43/2002.

Desde el año 1999, el informe anual de la CODEHUPY señala que el programa de inmunizaciones tiene anualmente dificultades para la provisión regular y continua de biológicos. Los informes oficiales muestran una gran mejoría en las coberturas, y durante el año 2002 el presupuesto asignado al Programa se ha incrementado muy favorablemente. Sin embargo, consideramos que la responsabilidad sanitaria dista mucho aún de lo que se consideraría óptima para el país.

El diputado Rafael Filizzola, con apoyo técnico del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha presentado al Parlamento un anteproyecto de ley “De Protección Infantil sobre Enfermedades Inmunoprevenibles”, que pretende garantizar desde una política de Estado, “los recursos necesarios para la adquisición y provisión gratuita y efectiva de las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud y de aquellas nuevas vacunas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS)”. Hasta la fecha, no se conoce avance en su tratamiento a nivel parlamentario, cuando debería ser para nuestros legisladores uno de sus deberes prioritarios.

Observando otras enfermedades endémicas del país, hasta el mes de abril del 2002, el Boletín Epidemiológico del MSPyBS informa: 2.710 casos de malaria; 450 casos de leishmania; 1.897 casos de tuberculosis, 8 casos de tétano neonatal y 15 casos de tétano no neonatal; 25 casos de rabia canina, sin registro de casos para rabia humana. El Paraguay sigue sin registro de casos de sarampión y poliomielitis.

FINANCIAMIENTO

Probablemente el factor que mejor demuestra la voluntad política de un gobierno para implementar sus políticas, planes y programas de acciones, sea el recurso financiero que asigna anualmente para la ejecución de los mismos. En ese sentido, consideramos de suma utilidad analizar el comportamiento del Presupuesto General de Gastos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con una perspectiva de varios años (1997-2003).

a) El Presupuesto General del Ministerio de Salud Pública dentro del periodo considerado presenta el siguiente comportamiento: La ejecución presupuestaria promedio entre los años 1997–2001 de la entidad es inferior al 75% de la previsión presupuestaria, nivel que también es inferior a la ejecución promedio de la Administración Central, siendo el nivel más bajo en el año 1999 con el 65,2%, y el nivel más alto de ejecución en el 2001 con el 78,6% (Gaete, 2002).

Presupuesto General de Gastos de la Nación
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)
Periodo 1997/2003
(en miles de millones de guaraníes)

Concepto	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Presupuesto	339	438	535	587	527	562	616
Ejecutado	265	318	349	423	414	198	
% Ejecución	78,2%	72,5%	65,2%	72,1%	78,6%	35,3%	0,0%
Variación (Presup.)		29,2%	22,3%	9,6%	-10,2%	6,6%	9,5%
Variación (Ejec.)		19,8%	9,8%	21,3%	-2,1%	-52,1%	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Presupuesto General de Gastos de la Nación (PGGN), ejecución año 2002 al 30/06/2002.

En un comparativo entre la ejecución presupuestaria de la Administración Central y el MSPyBS, se observa que la Administración Central en su conjunto ha logrado una mayor ejecución presupuestaria que el Ministerio de Salud.

Presupuesto General de Gastos de la Nación
Comparativo de la ejecución presupuestaria
Ministerio de Salud Pública / Administración Central
Periodo 1997/2002

% Ejecución	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Administración Central	82, 8%	80, 2%	73, 3%	80, 4%	80, 1%	37, 2%
MSPBS	78, 2%	72, 5%	65, 2%	72, 1%	78, 6%	35, 3%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del PGGN.

Por otra parte, los servicios personales (sueldos y salarios) son priorizados mientras que los materiales, suministros y la inversión física son los que se dejan ejecutar, siendo estos rubros de gastos, fundamentales en la ejecución de la política sanitaria; por ejemplo, el caso de los rubros de materiales y suministros, si son ejecutados eficientemente y con transparencia significarían la diferencia entre establecimientos sanitarios (hospitales, centros de salud, etc.) desabastecidos (y frecuentemente con “paros técnicos”), y establecimientos sanitarios que cuenten por lo menos con insumos básicos disponibles para atender a la población que acude a recibir algún tipo de servicio.

b) Nivel 300-Objeto del gasto 350: Productos e Instrumentales Químicos y Medicinales: El Objeto del Gasto (OG) 350 del Presupuesto General del MSPyBS, se corresponde específicamente a drogas, productos instrumentales, químicos y medicinales. Como ya señalábamos anteriormente, este rubro presupuestario es de vital importancia para el funcionamiento de los servicios de salud (Rodríguez, 2002).

Durante el periodo 1997-2002, el presupuesto tuvo el siguiente comportamiento:

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Comparativo de presupuesto aprobado, obligado y pagado
Objeto del gasto 350: Productos e instrumentos químicos y medicinales
Periodo 1997/2002
(en millones de guaraníes)

Concepto	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Presupuestado (a)	26.078	24.566	47.813	68.516	34.453	76.829	278.257
Obligado (b)	20.215	20.102	22.002	49.158	24.026	31.083	166.589
Pagado (c)	17.152	15.999	13.369	36.265	13.209	13.489	109.486

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Datos del PGGN, Ejecución año 2002 al 30/06/02. CIRD: Carlos Rodríguez.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Comparativo de presupuesto aprobado, obligado y pagado
Objeto del gasto 350: Productos e instrumentos químicos y medicinales.
Periodo 1997/2002
(portcentaje de cumplimiento de los compromisos)

En términos porcentuales se tiene que:

Concepto	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Promedio
% Presupuesto obligado (b/a)	77,5%	81,8%	46,02%	71,6%	69,7%	40,4%	69%
% Ejecución relativa (c/b)	84,8%	79,5%	60,7%	73,7%	54,9%	43,0%	71%
% Ejecución absoluta (c/a)	65,7%	65,1%	27,9%	52,9%	38,3%	17,5%	50%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Datos del PGGN, Ejecución año 2002 al 30/06/02. CIRD: Carlos Rodríguez.

- El nivel promedio de las obligaciones en el periodo 1997-2001 es del 69%.
- En dicho lapso, sobre los montos obligados, en promedio se abonó el 71%.
- En el mismo periodo, sobre el monto presupuestado se gastó el 50% en promedio.

Podemos observar también que los años 1999 y 2001 han sido los peores en cuanto al gasto público en el rubro de medicamentos e insumos, hecho que se relaciona coherentemente con las denuncias efectuadas en informes anteriores de la CODEHUPY, sobre grave desfinanciamiento de hospitales, centros y puestos de salud de todo el sector público. Durante estos últimos años esta situación ha sido motivo de numerosos huelgas y protestas del sector de trabajadores de la salud. El comportamiento de la ejecución absoluta del año 2002 al término del primer semestre (30/06/02), sólo del 17,5%, da una perspectiva y tendencia de bajo cumplimiento de la ejecución presupuestaria también para este año.

El Presupuesto puede ser analizado también según su destino de gasto: el Tipo 1 corresponde a la Conducción Superior (nivel central); el Tipo 2 a programas generales y servicios y Tipo 3 a programas de inversión, a través de la deuda pública, como los provenientes de los proyectos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Banco Mundial.

Promedio de la ejecución presupuestaria según tipo de presupuesto en el periodo 1997-2001:

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Comparativo de presupuesto aprobado, obligado y pagado

Objeto del Gasto 350: Productos e instrumentos químicos y medicinales

Según tipo de programas (tipo 1, 2 y 3)

Periodo 1997/2001

Concepto	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
% Presupuesto Obligado	71,2%	70,6%	32,3%
% Ejecución sobre monto obligado	53,6%	66,4%	61,7%
% Ejecución según monto presupuestado	48,5%	47,8%	29,2%

Fuente: Elaboración propia en base a Datos del PGGN.
CIRD: Carlos Rodríguez

Presupuesto Tipo 2 incluye a toda la red sanitaria pública en sus diversos niveles de atención y complejidad. El OG 350 está destinado a proveer de insumos a hospitales especializados (Psiquiátrico, Medicina Tropical, Centro de Emergencias Médicas, Hospital del Cáncer, Centro del Quemado, etc.), generales (Hospital Nacional de Itauguá), regionales, sub regionales, distritales, centros y puestos de salud en todo el país, igualmente a los programas de promoción y prevención, vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental, etc. Sin embargo, la ejecución de este OG es inferior al 50% del presupuesto asignado, lo que no es deseable en absoluto por la importancia que tienen estos insumos en la recuperación de la salud de los usuarios y usuarias que recurren al sub sector público. Una ejecución tan deficiente, aun en tiempos de crisis, y en particular en *estos* tiempos de crisis, pone en evidencia el real valor que se da a la salud de la población de menores ingresos.

c) La deuda flotante en el OG 350: Cada año fiscal termina sin que el Ministerio de Salud cancele todas las obligaciones contraídas. Éstas constituyen compromisos de pago por definición de la Ley N°1535/99 de Administración Financiera del Estado (art. 22). A su vez en el mismo artículo, se define al pago como el cumplimiento total o *parcial* de las obligaciones. Como las obligaciones se originan en un vínculo jurídico financiero entre el Estado y los proveedores, estas deudas deben cancelarse en algún momento. En principio, la deuda flotante está constituida por estas obligaciones exigibles y que no han sido pagadas al 31 de diciembre de cada año, debiendo cancelarse a más tardar el último día del mes de febrero del año siguiente (art.28, Ley 1535/99).

En el siguiente cuadro se aprecia el comportamiento de la deuda flotante del Ministerio de Salud Pública en el periodo estudiado:

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Objeto del gasto 350: Productos e instrumentos químicos y medicinales

Deuda flotante. Periodo 1997/2002

(en millones de guaraníes)

Concepto	1997	1998	1999	200	2001	2002	Total	Total
Deuda Flotante OG 350	3.063	4.102	8.633	12.893	10.816	17.594	39.508	57.10 2
Variación (aumento/dismin)		33,9	110,4	49,3	-16,1	62,6	Sin 2002	Con 2002

Fuente: Elaboración propia en base a Datos del PGGN, Ejecución año 2002 al 30/ 06/02
CIRD. Carlos Rodríguez

- Existe una marcada tendencia hacia el aumento de la deuda flotante desde 1997 a la fecha.
- La deuda flotante de 2001 es mayor en un 253% a la de 1997.
- De 1997 a 2001, el total de la deuda flotante casi alcanzó los 40 mil millones de guaraníes.
- El actual ejercicio podría añadir al menos otros 10 mil millones de deuda flotante.

d) Salud Reproductiva: Un aspecto positivo a destacar en términos presupuestarios ha sido la creación dentro del presupuesto fiscal 2002 del “Programa de Salud Sexual y Reproductiva” a instancias de la Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores, cuyos/as integrantes impulsaron una propuesta concreta para asignar recursos a ser destinados a la Salud Reproductiva dentro del MSPyBS durante el tratamiento parlamentario del Presupuesto General de la Nación para el ejercicio fiscal 2002.

Desde el punto de vista de una política nacional de población y desarrollo, la creación de este programa es bastante significativo pues es la primera vez que el país asigna recursos públicos nacionales a la adquisición de insumos de Planificación Familiar (históricamente el 100% de los insumos que se entregaban en los establecimientos del MSPyBS provenía de la cooperación internacional).

Lastimosamente, el análisis de la ejecución presupuestaria muestra el bajo porcentaje de ejecución presupuestaria al primer semestre del ejercicio fiscal 2002, donde sólo se ha ejecutado el 8,6% del total de recursos asignados (Gaete, 2002).

e) Fondos Rotatorios del MSPyBS: La Ley 1535/99 y los decretos 8.127/00 y 16.245/02 permiten a las Regiones Sanitarias del MSPyBS la utilización de fondos rotatorios para el manejo de sus recursos propios, hasta un monto que no sea inferior al 50% del total de los ingresos recaudados mensualmente en cada región sanitaria. Esta modalidad permite a las Regiones Sanitarias mejorar la utilización de sus recursos propios, apoyando a la vez la política de descentralización del Estado. En ese sentido, esta ley constituye un avance en el proceso de modernización de la administración de recursos a nivel local.

Por otro lado, la evaluación de la implementación de los fondos rotatorios del MSPyBS en el primer semestre de 2002 (febrero al 30 junio 2002), muestra que se han habilitado cuentas a nombre de todas las Regiones Sanitarias, SENASA, Superintendencia de Salud, MSPyBS, Capital y Centro Médico Nacional. Se transfirieron 792 millones de guaraníes. Como la Dirección General del Tesoro no puede discriminar los ingresos por cada Región Sani-

taria, esto dificulta el control del cumplimiento de la norma para transferir al 50%, mínimo del total de sus ingresos recaudados mensualmente.

Del total de los 792 millones de guaraníes transferidos, el 67,8% ha sido nuevamente a niveles centrales del MSPyBS y sólo el 32,2% a las 18 Regiones Sanitarias. Esta situación, analizada desde la perspectiva del gran desfinanciamiento de los hospitales y otros servicios del país muestra claramente la poca voluntad política del gobierno para invertir en el sector salud y apoyar realmente los procesos de modernización y descentralización del Estado.

Algunas conclusiones

- El análisis sobre los avances de los derechos en salud, según lo establecido en las normativas del PIDESC en el Paraguay, muestran la brecha importante que aún se debe cubrir para lograr un nivel de bienestar básico para toda la población, dentro de un marco de equidad social.
- Los indicadores básicos de salud, a pesar del avance que se ha producido en algunos programas sanitarios, muestran un perfil epidemiológico del país con graves problemas de salud pública, de insuficiente cobertura y acceso y de exclusión social.
- El análisis del financiamiento del sector salud muestra la baja y poco eficiente ejecución presupuestaria. La disminución progresiva del gasto real en los insumos, drogas, medicamentos, factor que influye directamente en el acceso económico de la población pobre a la atención en salud. Si al menor gasto añadimos el aumento de la población, el aumento de la pobreza y el incremento de costo de medicamentos e insumos por la suba del valor de cambio del dólar, tenemos como resultado un grave deterioro del aporte de recursos al sector salud, lo que dificulta al MSPyBS cumplir con sus políticas, objetivos, metas y programas.
- En el periodo 2002 se debe destacar la creación del rubro presupuestario para el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a partir de la iniciativa de Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores, a pesar de su aún baja asignación efectiva en porcentaje de transferencia.
- En el área del financiamiento, se destaca la implementación de la Ley de Fondos Rotatorios 1535/99 y los decretos 8127/00 y 16245/02 que permiten a las Regiones Sanitarias del MSPyBS la utilización de fondos rotatorios para el manejo de sus recursos propios.
- La Ley de Fondos Rotatorios, a pesar de ser un instrumento útil para mejorar la gestión de la Regiones Sanitarias, no ha sido implementada suficientemente y se sigue priorizando el nivel central sobre las regiones sanitarias y el nivel local de atención. Esto permite ver claramente

el poco avance real que se tiene a nivel de gobierno sobre las ideas que permitan una descentralización del sector salud.

- No se observa un compromiso real de parte del gobierno que defina como prioridad el sector salud, que se traduzca en una transferencia real y efectiva de todos los recursos asignados anualmente a través del Presupuesto General de Gastos del MSPyBS.
- El gasto en salud no prioriza los rubros de medicamentos, alimentos ni insumos médicos, sumamente necesarios para la atención de las personas más carenciadas que acuden al sector público, ni racionaliza el gasto en servicios personales.

RECOMENDACIONES

- Que el gobierno defina como prioridad el sector salud, y esto se traduzca en una transferencia real y efectiva de todos los recursos asignados anualmente a través del Presupuesto General de Gastos del MSPyBS, priorizando los rubros de medicamentos, alimentos, insumos médicos, y racionalizado los gastos en servicios personales.
- Considerando las altas tasas de mortalidad materna, que el país tome un compromiso de Estado con el tema de la Salud de la Mujer y mantenga el rubro presupuestario para el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a partir de la iniciativa de la Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social de la Cámara de Senadores. Esto significaría la asignación y ejecución del 100% de lo establecido anualmente en el Presupuesto General de Gastos. Así también, que el Programa sea elaborado y presupuestado técnicamente por el Ministerio de Salud, sobre la base cero, de acuerdo a las necesidades reales del país.
- Considerando como otra prioridad la salud infantil y de la niñez, que sea tratado y aprobado el proyecto de la Ley “De Protección Infantil sobre Enfermedades Inmunoprevenibles”, elaborado por el diputado Rafael Filizzola, que pretende garantizar, desde una política de Estado, “los recursos necesarios para la adquisición y provisión gratuita y efectiva de las vacunas incluidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud y de aquellas nuevas vacunas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Apoyando las políticas de Reforma del Estado, que se implemente la Ley de Fondos Rotatorios, con el objetivo con que fue elaborada: garantizar que parte de los ingresos propios de las Regiones Sanitarias puedan ser utilizados por el nivel local, según sus necesidades prioritarias, disminuyendo la burocracia del Estado y garantizando un gasto más eficiente y efectivo a nivel local. Esta medida ayudaría de manera importante a paliar los problemas de desabastecimiento de los servicios de atención (hospitales regionales, centros y puestos de salud), y propiciaría el proceso de descentralización del Estado en el sector salud.

BIBLIOGRAFÍA

Adenauer/OIT (2002): Estrategia Nacional de Reducción de la pobreza y la desigualdad, Asunción.

Gaete, Rubén (2002): Informe preliminar del documento Análisis del Presupuesto 2003, Asunción, Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD).

Ley de Fondos Rotatorios N° 1535/99 y los decretos N° 8127/00 y N° 16245/02, Asunción, MSPyBS.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) (1999): Análisis del Sector Salud del Paraguay 1999, Asunción, MSPyBS.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) (2002): Boletín Epidemiológico 14 semana 43, Asunción, MSPyBS.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) (2002): Boletín Epidemiológico Año 8 N° 24 Mayo, Asunción, MSPyBS.

OPS/OMS (2001): Paraguay: Perfiles Básicos de Salud.

OPS/OMS (2002): Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2002.

PNUD (2002): Diagnóstico Institucional de la República del Paraguay.

Presupuesto General de Gastos de la Nación (Años 1997 a 2002).

Rodríguez, Carlos E.(2002): Análisis del Presupuesto del MSPyBS. Periodo 1997-2002, Asunción,

Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República (SAS)/ PNUD/BID/BM/Konrad (2002): Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, Asunción, SAS/ PNUD/BID/BM/Konrad Adenauer/OIT.