

Derecho a la salud: continúan reclamos por el exiguo presupuesto destinado a la salud¹

Desireé Masi
Círculo Paraguayo de Médicos (CMP)

Reclamos y movilizaciones de varios sectores de la salud en nuestro país por el recorte presupuestario destinado a este sector hacen que se espere un panorama poco alentador para el año 2006.

¹ Este artículo utiliza como fuente principal el informe publicado en “Objetivos del Milenio (ODM). Informe alternativo de la sociedad civil. Paraguay”. Plataforma sin Excusas contra la Pobreza. Setiembre, 2005.

INTRODUCCIÓN

En Paraguay se invierte en la salud de cada habitante **19 dólares anuales**, mientras que el promedio de América Latina es de **133 dólares**. En ese sentido culmina el año con protestas de todos los sectores de la salud por el recorte del presupuesto 2006.

A pesar de las leyes nacionales y los compromisos internacionales asumidos con la ratificación de los dos pactos –el Pacto de San José y el Protocolo de San Salvador², del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, y en el ámbito universal, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³–, es evidente para gran parte de la población paraguaya, que la obligación internacional y constitucional por parte del Estado de proteger la salud queda en entredicho con la baja inversión presupuestaria, lo que en realidad pone de manifiesto que desde el propio órgano responsable del cumplimiento de la normativa se viola la vigencia de ese derecho.

A nivel legislativo se requieren de herramientas legales que de manera urgente acompañen y posibiliten la necesaria reforma del sector. Se debe revisar, actualizar y corregir las leyes vigentes como el Código Sanitario⁴ y la Ley N° 1.032/96⁵. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) debe diseñar un nuevo modelo de salud basado en la situación epidemiológica y demográfica del país y con un enfoque de calidad y equidad. Se requiere además de una política nacional de recursos humanos sanitarios y de la implementación de herramientas de control de la gestión sanitaria, entre otras.

Marco legal. Políticas y programas existentes en el país

La Constitución Nacional –en sus artículos 68 y 69– garantiza el derecho a la salud como un derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, también se establece que el Estado protegerá y promoverá la salud.

El capítulo IV –en sus artículos 49, 50, 51, 52, 53, 55, 59, 60 y 61– garantiza los derechos de la familia, de la mujer, especialmente el artículo 61, que establece garantías para la salud materno-infantil y la planificación familiar.

² Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, Ley N° 1.040/97.

³ Suscripto por el Paraguay el 10 de junio de 1992 (tomado de <http://www.unhchr.ch/pdf/reports.pdf>).

⁴ Ley N° 836/80.

⁵ Ley N° 1.032/96 “Que crea el Sistema Nacional de Salud”, reglamentada por el Decreto N° 19.966/98.

Además, estas garantías fueron reglamentadas. Se encuentran vigentes la Ley N° 836/ 80 del Código Sanitario, que regula las funciones del Estado en lo relativo al cuidado integral de la salud del pueblo y los derechos y obligaciones de las personas en la materia, y la Ley N° 1.032/96 y sus decretos reglamentarios, por la cual se crea el Sistema Nacional de Salud.

Situación actual de la salud en Paraguay

Porcentaje de la población con cobertura de servicios de salud: según la Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/01, la población total según el tipo de seguro médico poseído se distribuye en la siguiente proporción.

INSTITUCIÓN	NÚMERO	%
Instituto de Previsión Social (IPS)	635.065	10.9
Privado	381.947	6.5
Sanidad militar	38.970	0.7
Sanidad policial	26.146	0.4
En el exterior	23.956	0.4
No tiene	4.724.394	81.1

El 81,1% de la población que no posee seguro de salud debe ser atendido por el sector público. En este caso, el MSP, que reconoce una cobertura poblacional de aproximadamente el 60%, aunque se resalta que la citada cobertura se refiere probablemente a la población asignada geográficamente a los establecimientos de salud del país, y no a la capacidad resolutive y la presencia de personal sanitario calificado disponible en los centros asistenciales.

Si tenemos en cuenta la cobertura citada por el MSP, podemos estimar que del total de 4.724.394 habitantes, son asistidos por el sector público de salud 2.834.636 habitantes (el 60%), y se encuentran actualmente excluidos 1.889.758 habitantes.

Tomando en consideración la realidad sanitaria del país con relación a la situación de desabastecimiento continuo de insumos médicos en los hospitales públicos, la existencia de aranceles en el pago de consultas, de métodos auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imágenes, etc.), de procedimientos quirúrgicos, la carencia de equipamiento médico o su inadecuado funcionamiento por falta de mantenimiento,

la insuficiencia de personal sanitario calificado en zonas rurales o la disponibilidad de tiempo parcial de los mismos, entre otras barreras que limitan la accesibilidad, podemos estimar que la capacidad resolutoria de los centros públicos de salud se encuentra muy por debajo de la cobertura asumida por el MSP, y por lo tanto la exclusión sanitaria es probablemente mayor que la citada oficialmente.

Respecto a la cobertura real, una aproximación posible a la situación podría encontrarse en la publicación "Exclusión social en salud"⁶, que presenta una estimación basada en la demanda asistida obtenida de la población enferma o accidentada por tipo de seguro y establecimiento de consulta de la EIH 2000/01.

Según los datos de la citada encuesta, el 41,7% de la población que no tiene seguro fue atendida en instituciones públicas y se resalta el hecho que las del primer y segundo quintil más pobre consultan en su mayor parte en farmacias o recurren a curanderas.

El gasto total en salud con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) es de 8,1%; sin embargo, esta cifra global esconde la verdadera situación de la salud pública. En efecto, si se desdobra el gasto total de 8,1% en sus dos componentes –gasto público y gasto privado en salud– nos encontramos que para el indicador del sector público corresponde el 2,7% del PIB (1,3%, MSP, y 1,4%, IPS) y para el gasto privado en salud, el 5,4% del PIB.

Desde otra perspectiva, si se considera el gasto del gobierno en salud, por un lado, y el gasto privado, por el otro, cada uno, como porcentajes del gasto sanitario total, se puede constatar que el gasto público constituye el 38,1% y el gasto privado el 61,9%.

El gasto *per cápita* en salud del gobierno es de US\$ 31. Si tomamos en consideración que el gasto del gobierno incluye también los ingresos provenientes del pago de los aranceles en el sector público de salud y que el presupuesto del MSP aproximadamente está constituido por 60% de recursos que provienen del Estado (fuente de financiamiento 10) y 40% de la citada recaudación (fuente de financiamiento 30), se estima que en realidad el gasto *per cápita* en salud genuino del Estado es de US\$ 18,6. El Sistema de Naciones Unidas en Paraguay estima la cifra en US\$ 19.

A fin de comparar el gasto *per cápita* con otros países de la región, se utiliza el indicador de US\$ 31, ya que probablemente en los demás países los datos que se publican también poseen un componente privado, y de esta manera es posible establecer comparaciones. Por ejemplo, en Argentina el gasto es de US\$ 120; Bolivia, US\$ 38; Brasil, US\$

⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS), MSP y Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (Dgeec). "Exclusión social en salud". Paraguay, 2003.

94; Uruguay, US\$ 105. De toda la región de las Américas, podemos encontrar que solo Haití, con un gasto *per cápita* de US\$ 12, y Nicaragua, con 29 US\$, poseen cifras menores a Paraguay.

Respecto al número de profesionales sanitarios por región y densidad poblacional, según datos del último censo de recursos humanos del MSP la distribución de los citados profesionales por 10.000 habitantes es la siguiente.

REGIONES	MÉDICOS	LIC. ENFERMERÍA
Concepción	1,79	0,34
San Pedro	1,44	1,28
Cordillera	2,27	1,33
Guairá	3,20	1,91
Caaguazú	1,33	1,24
Caazapá	1,22	1,01
Itapúa	2,20	1,20
Misiones	3,03	1,66
Paraguarí	2,89	1,20
Alto Paraná	1,79	0,95
Central	4,40	2,85
Ñeembucú	3,26	1,17
Amambay	3,90	1,39
Canindeyú	1,71	0,71
Presidente Hayes	2,80	0,98
Alto Paraguay	4,53	1,51
Boquerón	2,53	1,61
Asunción	19,55	7,18

El 70% de médicos y médicas y el 65% de enfermeros/as, que constituyen el personal sanitario calificado, se encuentra en Asunción y el departamento Central.

Comparando esta situación con los otros socios del Mercosur, por cada 10.000 habitantes Argentina posee 30 médicos, médicas y seis licenciadas y licenciados; Brasil, 14 médicos/as y cinco enfermeros/as; y Uruguay, 43 médicos/as y nueve enfermeros/as.

Aún cuando no existe una proporción ideal de personal sanitario, habitualmente en países con una exclusión menor se cuenta con aproximadamente un médico/a cada 1.000 habitantes o incluso más. La recomendación con relación al personal de enfermería es que debe al menos triplicar la cantidad de profesionales médicos.

El siguiente cuadro presenta la cobertura en establecimientos sanitarios y camas disponibles, según datos estadísticos del año 2003 del MSP.

Regiones sanitarias	Habitantes	Km ²	HR	CS	PS	HD	HE	CE	DISP.	Total	Camas
Concepción	180.607	18.051	1	5	35	0	0	0	22	63	207
San Pedro	319.601	20.002	1	8	87	1	0	0	0	101	229
Cordillera	235.410	4.948	1	17	24	0	0	0	0	42	187
Guairá	179.171	3.846	1	7	39	1	0	0	0	48	168
Caaguazú	435.957	11.474	1	11	52	0	0	0	0	64	197
Caazapá	140.106	9.496	1	7	40	0	0	0	0	48	170
Itapúa	453.052	16.525	1	11	73	2	0	0	0	87	261
Misiones	101.826	9.556	1	8	22	1	0	0	0	32	79
Paraguarí	222.348	8.705	1	11	28	3	0	1	0	44	208
Alto Paraná	554.341	14.895	1	4	46	2	0	0	0	53	259
Central	1.352.577	2.465	1	15	43	5	3	2	0	69	264
Ñeembucú	76.301	12.147	1	2	53	1	0	0	0	57	112
Amambay	114.429	12.933	1	0	16	2	0	0	2	22	76
Canindeyú	139.454	14.667	1	2	43	1	0	0	0	47	125
Pdte. Hayes	82.450	72.907	1	3	23	1	0	0	7	38	62
Alto Paraguay	11.813	82.349	1	2	13	0	0	0	8	24	15
Boquerón	40.975	91.669	1	4	9	1	0	0	7	22	36
Asunción	510.741	117	0	15	10	0	9	5	0	39	1730
TOTAL	5.151.159		17	132	656	21	12	8	46	900	4385

Ref.: HR, hospital regional; HD, hospital distrital; CS, centro de salud; PS, puesto de salud; HE, hospital especializado; CE, centro especializado; disp., dispensario.

El MSP y BS afirma que, en promedio, se encuentran disponibles siete camas por 10.000 habitantes; sin embargo, como se aprecia en el cuadro anterior, existen diferencias importantes por regiones sanitarias. Asunción cuenta con 30 camas por 10.000 y en el resto del país el promedio baja a ocho camas por igual cantidad de habitantes. Si se compara Asunción con otros departamentos, por ejemplo Alto Paraná, con poblaciones similares, la diferencia es aún mayor: 1.730 para

el primero y 259 para el segundo, con el agravante de las distancias: Asunción con 117 km² y Alto Paraná con 14.895 km².

Siguiendo con el cuadro, el total de establecimientos es 900, de los cuales el 78% (puestos de salud y dispensarios) corresponde al nivel básico I de atención; el 15% (centros de salud), al nivel básico II de atención; el 4%, al nivel complementario (hospital regional y distrital); y el 2%, al nivel especializado (hospital y centro especializado). Estos últimos en gran parte en el departamento Central y Asunción, tres y nueve, del total de 12 para hospitales especializados, y dos y cinco del total de ocho para centros especializados.

Tomando en consideración número y distribución por regiones sanitarias de los establecimientos, comparados con la población total y la extensión geográfica, se podría considerar que no existe enfoque demográfico o consideraciones geográficas para su instalación. El sistema de salud debería analizar, entre otros múltiples factores, estas informaciones con el objetivo de disminuir o eliminar las barreras de acceso a los servicios sanitarios. Como ejemplo resaltamos la situación de los departamentos de San Pedro, con 319.601 habitantes y una extensión de 20.002 km², que posee un hospital regional y ocho centros de salud; Cordillera, con 235.410 habitantes y una superficie de 4.948 km², posee un hospital regional y 17 centros de salud; y Alto Paraná, con 554.341 habitantes y 14.895 km², posee un hospital regional y cuatro centros de salud.

Si analizamos la situación de los establecimientos de salud con respecto al financiamiento del MSP y BS, y consideramos que por cada 10 guaraníes que esa institución gasta solo un guaraní va destinado a la promoción y prevención de la salud –funciones que deben ser realizadas prioritariamente en los puestos, dispensarios y centros de salud–, podemos expresar que la mayoría de los establecimientos no cuenta con financiamiento de los programas que deben implementar y ejecutar en esa área.

El MSP destina el 66% de sus gastos en servicios personales, 11% en medicamentos y el resto en inversión física. Por lo tanto, podemos considerar que los establecimientos sanitarios poseen una insuficiencia crítica de personal calificado según los indicadores poblacionales, agravada esta situación por su mala distribución geográfica.

Existe carencia de financiamiento para la salud preventiva, y además insuficiencia de capacidad resolutive en todos los niveles por la falta de insumos requeridos para la población que debe atendida.

POCA INVERSIÓN EN SALUD

En noviembre, un grupo de 193 personas del departamento de San Pedro, en dos viajes financiados íntegramente por los gobiernos de Cuba y Venezuela –como parte de la denominada “Operación Milagro”, que también se implementa en Uruguay y Bolivia– fueron a Cuba para ser intervenidos quirúrgicamente de la vista. Los profesionales locales critican la falta de criterios científicos para la selección y envío de los beneficiarios, e incluso la falta de sentido común, ya que el viaje de 100 personas tiene un costo superior a los 100.000 dólares. Por esa suma, el Hospital de Clínicas opera cada año a 2.000 personas insolventes de cataratas⁷.

El presidente de la Sociedad Paraguaya de Oftalmología, Walter Martínez Gill, expresó que el MSP tomó una decisión unilateral e inconsulta. Remarcó que el país cuenta con profesionales oftalmólogos de alto nivel científico, además de contar con tecnología de última generación con capacidad de solucionar todos los tipos de patología ocular. “Para realizar estas cirugías solo se necesita que el gobierno garantice los insumos”, señaló⁸.

Respecto a ese caso, el Círculo Paraguayo de Médicos (CPM), a través de su vicepresidenta, puntualizó que el país se comporta como mendigo en lugar de asumir su responsabilidad de proveer recursos para la salud. «Rechazamos esta actitud mendicante del gobierno, ¿acaso ahora, porque no hay fondos para la nutrición, vamos a enviar a niños para que les den de comer en otro país, o porque tenemos alta mortalidad materna vamos a hacer partos en el extranjero?»⁹.

PROTESTAS DEL SECTOR SALUD POR PRESUPUESTO APROBADO PARA EL 2006

El 20 de octubre de 2005, en un comunicado firmado por gremios de la salud –como el Comité de Prensa de la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (en formación), el CPM y la Asociación Paraguaya de Enfermería– se expresó el rechazo al anteproyecto del presupuesto público correspondiente a salud porque “permite la continuidad de las deplorables condiciones hospitalarias, sin las más mínimas condiciones para la atención básica en salud. Mantiene los servicios sin la provisión de medicamentos e insumos, como por ejemplo guantes, jeringas, etc., invirtiendo en cada paraguayo la insultante suma de 120 mil guaraníes por persona; y perpetúa las pésimas condiciones de vida del trabajador de la salud, con magros salarios, sin estabilidad

⁷ Diario Última Hora, 17 de noviembre de 2005.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

laboral, sin beneficios básicos como el seguro médico, jubilación, entre otros beneficios y derechos adquiridos”. Los representantes de las diferentes organizaciones denunciaron la falta de una política de Estado para la salud que garantice la cobertura y el acceso de la mayoría de la población. Se anunciaron movilizaciones continuas hasta conseguir revertir este presupuesto.

Días después, los medios de comunicación informaban que la Comisión Bicameral de Presupuesto del Congreso aprobaba una suma menor a la ejecutada en el 2005. Entre los gremios de salud existe preocupación debido a que no se podrán atender todos los requerimientos del país en materia sanitaria. El MSP tuvo para el 2005 asignado un presupuesto total de 800.521 millones de guaraníes. El Congreso autorizó una ampliación presupuestaria de 22.000 millones de guaraníes, unos 5.000 millones menos de lo que había planteado inicialmente la entidad ministerial.

Para el presupuesto del 2006, el Poder Ejecutivo había solicitado 815.936 millones de guaraníes. La cifra fue elevada por los legisladores a 850.014 millones de guaraníes, lo que representa apenas 6% por encima de lo que tuvo para el 2005. Si se toma en cuenta la inflación del 2005, que a octubre se ubicó a 8,6%, en realidad el SP tendrá menos presupuesto que el ejercicio en curso¹⁰.

Los gremios presentaron una propuesta alternativa que eleva el presupuesto a 1.100.000 millones de guaraníes, distribuidos en insumos y medicamentos, mantenimiento de equipos biomédicos, ambulancias, mantenimiento de edificios y equiparar al sueldo mínimo al porcentaje del personal sanitario que gana menos del mínimo establecido por ley, asegurándoles socialmente también.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Un alto porcentaje de la población paraguaya se encuentra excluida de la cobertura sanitaria por parte del sector público y probablemente este porcentaje sea mayor que la citada oficialmente si se toma en consideración la exclusión por las diversas barreras económicas, geográficas, de accesibilidad, culturales.

El gasto sanitario total del país proviene en 62% de las propias familias (gasto de bolsillo) y Paraguay posee con relación al gasto *per cápita* en salud una de las cifras más bajas del continente. El Estado debe asumir a nivel presupuestario su obligación constitucional. Para el efecto es inadmisibles la situación actual referente a que los gastos en salud provengan en mayor porcentaje de las propias familias, sin alternativas para las de escasos recursos

¹⁰ *Diario Abc Color, domingo, 27 de noviembre de 2005.*

El sistema de salud está basado en un modelo predominantemente curativo y asistencial, en detrimento de la promoción y prevención de la salud, y presenta una alta segmentación en subsistemas (MSP; una sanidad militar y policial; IPS; prepaga; privados) que no poseen articulación ni coordinación entre ellos.

El personal sanitario calificado (médicos y enfermeras) es insuficiente para la atención de la población y además su distribución no es la adecuada.

Los establecimientos de salud son insuficientes en cantidad para la población asignada, no poseen una adecuada distribución geográfica y se encuentran con limitaciones críticas en relación a su capacidad resolutive por el desabastecimiento permanente de insumos, la falta de equipos e infraestructura básica para su funcionamiento.

Se debe realizar una reforma del sector salud que incluya el cambio del actual modelo a uno basado preferentemente en la promoción y en la prevención sanitaria, sin desconocer la importancia de contar con una red de atención médica especializada con capacidad resolutive suficiente, con enfoque de derechos humanos.

Se enfatiza la obligación del Estado con relación al financiamiento público de los gastos sanitarios y la necesidad de un incremento importante del porcentaje destinado a salud con relación al PIB. El financiamiento debe provenir de recursos genuinos del Estado que garanticen el acceso universal a la salud integral.

RECOMENDACIONES

- El Estado debe financiar la totalidad o gran parte del gasto de salud y las partidas presupuestarias deben provenir de sus recursos genuinos, a través del cobro de impuestos, control de la evasión, eliminación de la corrupción en el sector público, eliminación de gastos innecesarios o superfluos, redireccionamiento hacia la inversión social de las partidas destinadas a la deuda externa, etc.
- No es recomendable que el MSP y BS dependa presupuestariamente, en un porcentaje importante, para el financiamiento de sus programas de ingresos por cobro de aranceles en establecimientos públicos de salud que, por otro lado, deben brindar servicios gratuitos a la población. Para el efecto se requiere aumentar el porcentaje de gasto en salud del actual 1,6% del PIB a los niveles recomendados del 5% del PIB o más.
- Con relación al modelo actual del sistema basado en una medicina curativa y asistencial, a nivel internacional se ha evidenciado

que no es el adecuado desde el punto de vista de la eficacia en el abordaje de los problemas de salud (es más eficaz en términos médicos evitar una enfermedad o se logra un porcentaje mayor de curación, con detecciones precoces, como por ejemplo el cáncer de cuello uterino en las mujeres, que asistirles en el caso de un cáncer avanzado) a nivel de indicadores de costo efectividad, se logra mayor impacto y menores gastos promoviendo hábitos saludables y una dieta adecuada que tratando las complicaciones de una patología crónica (ejemplo: diabetes o hipertensión) y sobre todo es el modelo basado predominantemente en la prevención el que articula y potencia la participación de la ciudadanía y fomenta el ejercicio de la salud como un derecho fundamental que debe ser protegido y promovido.

- El modelo requiere –y el desarrollo debe ser paralelo y articulado– de un nivel de atención médica especializada que pueda resolver en tiempo oportuno las complicaciones sanitarias o las patologías de mayor complejidad que en un porcentaje determinado son inevitables. Este nuevo modelo de funcionamiento, al ser estructurado con un enfoque epidemiológico y demográfico, corregirá las actuales deficiencias que hemos señalado con relación a los establecimientos de salud, número, ubicación, asignación poblacional, capacidad resolutive, entre otros.
- Otra dificultad que debe ser abordada es la actual segmentación del sector. Se debe tender a un sistema único de salud que –además de potenciar y lograr un mayor impacto sanitario– garantiza la calidad y la seguridad de la atención sin exclusiones por motivos de ingresos económicos u otro tipo de discriminaciones.
- Concerniente a la situación de los recursos humanos en salud, se requiere de una política nacional que incluya a sus instituciones formadoras. Se requiere la incorporación de más personal sanitario calificado y con experiencia en resolver los principales problemas de salud a fin de mejorar los niveles de cobertura que son críticos en la actualidad. Se debe implementar, desde el sector salud, como un tema prioritario todo lo concerniente a la capacitación continua del personal a fin de garantizar efectivamente sus competencias técnicas y asegurar la calidad de la atención. La capacitación debe incluir la actualización científica y además la posibilidad de adquisición de herramientas de gestión, administración, planificación y otras áreas necesarias para el correcto funcionamiento del sistema.
- Con relación a la formación de nuevos profesionales, se debe realizar un estudio serio a fin de establecer las habilidades y competencias que el modelo de salud requiere de los profesionales,

la cantidad de especialistas versus generalistas, la incorporación transversal en la carrera de todo lo concerniente a la salud pública, su duración adecuada, la oferta de postgrado que contribuya a la calidad de la formación, entre otros. Las instituciones formadoras (universidades) no pueden permanecer divorciadas de la realidad sanitaria del país y necesariamente se debe establecer una vinculación y coordinación con la institución proveedora de servicios (MSP y BS) con el objetivo de elaborar una política única en relación a los nuevos profesionales y su inserción en el mercado laboral.

- Se deberá abordar la situación salarial actual de los profesionales de salud, que ocasiona su mala distribución y la concentración en la capital y sus alrededores del mayor porcentaje debido a la necesidad, por los bajos salarios públicos, de recurrir a la práctica del pluriempleo en detrimento de la disponibilidad a tiempo completo y el compromiso con el sector público. En el caso del sector de enfermería el problema es aún mayor debido a la alta demanda de profesionales de esta categoría en el extranjero y a la migración, que agravaría aún más el déficit.