

El Estado sigue sin priorizar la salud

Desireé Masi y Esperanza Martínez
Círculo Paraguayo de Médicos

El gasto en salud sigue siendo una asignatura pendiente del gobierno con toda la sociedad paraguaya, especialmente con los más carenciados, que necesitan del servicio público obligatoriamente para acceder a mejores condiciones de vida y salud.

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de salud, indudablemente hablamos dentro de un marco conceptual que establece que la salud es un derecho humano fundamental e inalienable, al que deben acceder todos los hombres y mujeres de una sociedad de manera igualitaria y equitativa, lo que implica una posición de defensa de la justicia social, de las políticas sociales que garanticen la redistribución del ingreso, la oportunidad al desarrollo humano y la calidad de vida. La salud es un derecho humano inalienable y constituye un “bien público”, es decir que nadie puede ser excluido de sus beneficios. Los bienes públicos “puros” se distinguen por exhibir dos características que les distinguen nítidamente de los bienes privados: la condición de no exclusividad y la condición de no rivalidad en el consumo¹.

La responsabilidad gubernamental en cuanto a la salud incluye el asegurar la igualdad de protección y de oportunidades de conformi-

¹ Gaete, Rubén. “Mercado y salud: una aproximación al estudio económico de la salud”. Cepro, Asunción, 1998.

dad con la ley, y el goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro social y los servicios sociales.

En Paraguay la Constitución Nacional en sus artículos 68 y 69 garantizan el derecho a 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, aspectos relevantes en un país donde las tasas de mortalidad materna se encuentran entre las más altas de América Latina (169 por 100.000 nacidos vivos y la estimada según subregistros de 336 por 100.000 nacidos vivos, con oscilaciones que van de 189 a 520 entre la población indígena, rural y pobre)².

INDICADORES Y RESULTADOS DE SALUD EN PARAGUAY

El análisis de la situación de la salud en Paraguay no debe ser enmarcado solo dentro del contexto del sector salud, sino debe abarcar también una visión global de la situación social, económica y política del país. *“Persiste una situación económica y social compleja donde destacan la pobreza, las inequidades, el déficit del saneamiento básico, las dificultades de acceso a los servicios de salud, las migraciones hacia la capital, y la aparición de fenómenos como el de los ‘niños de la calle’, todas estas condiciones afectan negativamente la salud de la población, especialmente en las áreas rurales y urbanas marginales”*³.

Los indicadores de salud y los resultados obtenidos en el sector sanitario muestran un perfil epidemiológico principalmente de enfermedades prevenibles ligadas a la pobreza, insuficientes resultados en la inmunización universal, altas tasas de mortalidad materno-infantil, deficiente cobertura de saneamiento básico y agua segura. A todo ello se suman las enfermedades de la transición epidemiológica como las enfermedades cardiovasculares, tumores, las degenerativas y las causas externas como las muertes por violencia, accidentes y suicidios. Estos últimos han tenido un incremento preocupante en este año 2004, sobre todo por varios casos de niños, niñas y adolescentes, colocando a Paraguay entre los países con más alto índice de suicidios en América Latina.

² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. “Política Nacional de Salud 2003-2008”. Paraguay, 2003.

³ Idem.

Según el Informe sobre Exclusión Social en Salud 2003, elaborado por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS):

- el 27% de los partos en el país no son institucionalizados (es decir, se realizan con curanderos, parteros, en casa o con vecinos);
- sólo el 64% de los niños y niñas de menos de 5 años tiene esquema completo de vacunación. El 15% abandona el programa;
- el 38% de las mujeres embarazadas no tiene el número de controles prenatales normado;
- del total de la población que se enferma, solo el 49% consulta en algún tipo de establecimiento de salud. En los años 2000 y 2001, el 39% de la población enferma o accidentada con dolencia no leve no consultó, de los cuales el 7% no lo hizo por razones geográficas, el 33% por razones económicas, el 56% por que se automedica y el resto por otras razones;
- el 81% de la población no cuenta con seguro médico; y
- la tercera parte de la población se encuentra en condiciones de pobreza (según acceso a canasta básica de consumo familiar)*.

Estos indicadores son elocuentes para hablar de exclusión de la población a la atención y los servicios de salud, así como la marcada inequidad del sector y la falta de ejercicio de derechos por parte de la población, sobre todo de las familias más pobres, las que habitan en el área rural y en zonas urbano-marginales.

EL NUEVO GOBIERNO

Paraguay ha tenido cambio de gobierno a partir del 15 agosto del 2003. El nuevo gobierno, de manera auspiciosa, presentó inmediatamente un documento que explicitaba la Política Nacional de Salud 2003-2008 (PNS 2003-08), que en sus principios doctrinarios manifiesta que la salud es responsabilidad compartida del Estado y la población, que el acceso, la calidad y oportunidad de los servicios de salud es un derecho fundamental del ser humano y que el sistema de salud debe buscar la equidad, con énfasis en los grupos más necesitados y de mayor riesgo.

El gobierno declara en este plan su intención de “*extender la protección social en salud en la búsqueda de la equidad*” y que las líneas estratégicas permitan disminuir la mortalidad materno-infantil, facilitar el acceso a servicios de calidad a la población carentiada, fomen-

* Otros estudios, como el de la Comisión Económica para América Latina (Cepal, 2001), señalan un porcentaje mayor de pobreza: 52% de los hogares paraguayos se encuentra en la franja de pobreza.

tar el conocimiento de los factores de riesgos y estilos saludables, prevenir y controlar los riesgos ambientales, incrementar la vigilancia epidemiológica para asegurar el control y la prevención de enfermedades prevalentes, emergentes y reemergentes, evitando la introducción de nuevas enfermedades, eliminar el sarampión, el tétano neonatal y la rabia humana, disminuir la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas, mejorar la atención en los servicios de salud, fortalecer el desarrollo institucional, transparentar la administración de salud e incrementar la capacitación gerencial del personal de los servicios y compartir la responsabilidad de la salud con gobernaciones, municipios y organizaciones comunitarias.

Consideramos que la presentación pública de este documento ante el Consejo Nacional de Salud (reactivado también por el nuevo gobierno, luego de más de cinco años sin funcionar) significa cambios importantes para el sector salud del país. Dentro de este contexto, para conocer la verdadera voluntad política del gobierno para implementar el plan mencionado, consideramos importante analizar la propuesta del Poder Ejecutivo en relación al Presupuesto General de Gastos del Ministerio de Salud para el periodo 2005.

Paraguay tiene históricamente un insuficiente gasto público en salud, que constituye entre el 36 y el 44% del total de financiamiento del sector salud. El sector privado y en particular los hogares constituyen la fuente más importante de financiamiento del sector. El pago directo del bolsillo entre 1997 y 2001 se ha estimado entre el 54 y 65%. Esta situación es uno de factores que más contribuyen a la inequidad y exclusión en salud en nuestro país.

Considerando el Plan Nacional de Salud del Gobierno 2003-2008 vemos la importancia de analizar la propuesta financiera del Ejecutivo (Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda) para el sector público en salud a través del anteproyecto de Presupuesto General de Gastos de la Nación para el año 2005. Es en el compromiso del financiamiento público donde los gobiernos demuestran de manera concreta y real su voluntad política para emprender verdaderamente cambios sociales, y no en el enunciado o la elaboración de documentos sobre políticas y programas de salud. Hemos considerado algunas líneas presupuestarias para analizar la factibilidad de la implementación de dicho plan.

Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

La erradicación de las enfermedades prevenibles por vacuna es un objetivo prioritario del Ministerio de Salud. En el PNS 2003-08 se establece como obligación la eliminación del sarampión, del tétano

neonatal y la rabia humana. El país cuenta con la Ley N° 2.310 “De protección infantil contra las enfermedades inmunoprevenibles”, que garantiza la provisión pública de vacunas y su financiamiento a través de recursos del Tesoro (Fuente 10).

El anteproyecto de presupuesto 2005 remitido por el Ministerio de Hacienda incumple lo establecido en la citada ley al establecer el financiamiento compartido de recursos del Tesoro (Fuente 10) con los provenientes de las recaudaciones a través del pago de aranceles en los servicios de salud por parte del Ministerio de Salud, lo que se denomina Fuente 30. Con esta situación se pone en riesgo la compra y provisión de los insumos biológicos (vacunas) ya que aproximadamente el 36% del presupuesto depende de la capacidad de recaudación a través de aranceles de la citada cartera ministerial.

Cuadro 1

Anteproyecto de presupuesto 2005 – Ministerio de Salud Pública

Rubro	Fuente 10	Fuente 30	Total
350	Gs.19.056.680.000	Gs.10.650.880.000	Gs.29.707.560.000

Con relación a la compra de insumos biológicos y jeringas, la Ley N° 2.310 establece además la incorporación de las dosis de vacunas sugeridas por el Comité Nacional de Inmunizaciones, que recomienda para el año 2005 la compra de dosis adicionales de sarampión, papera y rubéola, sarampión y rubéola, además de la vacuna contra la influenza. Sin embargo, en el anteproyecto remitido no se contempla presupuesto para la compra de dosis de las siguientes vacunas y las jeringas correspondientes:

- **sarampión, paperas, rubéola** para todos los niños y niñas de 1 año de edad. En el 2005, por el Protocolo Nacional de Inmunizaciones, se debe aplicar una dosis de refuerzo a los niños y niñas de 4 años de edad y a los susceptibles de 2 y 3 años que no tengan antecedente de vacunación. La cantidad necesaria estimada es de 350.000 dosis, con un costo total aproximado de 2.940.000.000 guaraníes;
- **sarampión, rubéola:** el Comité Asesor de Inmunizaciones ha aprobado la realización de la campaña de vacunación con sarampión y rubéola a la población de entre 5 a 39 años de edad de todo el país en el año 2005, en cumplimiento del Plan de Eliminación de la Rubéola y Prevención de Rubéola Congénita. La cantidad necesaria estimada es de 3.600.000 dosis, con un

costo total aproximado de 13.451.400.000 guaraníes (inversión a ser aplicada por el país una sola vez); y

- **vacuna contra la influenza** (antigripal), que será aplicada con enfoque de riesgo en la población pediátrica y de adultos mayores (60 años o más). La cantidad necesaria estimada es de 200.000 dosis (100.000 adultos y 100.000 pediátricas), con un costo total aproximado de 4.380.000.000 guaraníes.

Con el anteproyecto remitido desde el Ministerio de Hacienda al Parlamento, en el caso específico del PAI, se viola la Ley de Vacunas, en la cual se estipula el financiamiento exclusivo con recursos del Tesoro, se pone en riesgo la compra y provisión del esquema básico al depender gran parte de los aranceles recaudados por el Ministerio de Salud, no se incorporan las recomendaciones para el año 2005 del Comité de Inmunizaciones y se traslada parte de la responsabilidad del Estado al bolsillo de la población.

Programa de Prevención del Retardo Mental por Hipotiroidismo congénito

En el año 2003 fue sancionada la Ley N° 2.138 “Que crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y el Retardo Mental producido por Hipotiroidismo Congénito y la Fenilcetonuria”, por la cual se establece la obligatoriedad de realizar los estudios correspondientes a todos los recién nacidos y la provisión en el Presupuesto General de Gastos de la Nación de los fondos para la financiación del citado programa. Se estima que al año nacen entre 100 a 150 niñas y niños con hipotiroidismo congénito y que de no ser detectados y tratados oportunamente, indefectiblemente padecerán retardo mental, situación que se puede revertir totalmente con el citado programa.

El gobierno nacional no cumple lo estipulado en la Ley N° 2.138 y hemos observado que en el anteproyecto remitido por el Ministerio de Hacienda no se contempla siquiera la existencia de dicho programa, y por consecuencia el financiamiento para su puesta en marcha. Según cálculos realizados por organizaciones sociales, el presupuesto básico para cubrir aproximadamente a 60.000 recién nacidos sería de 1.099.776.490 guaraníes. Hasta el momento dichas organizaciones han logrado incluir en la Cámara de Diputados la suma de 385.321.643 guaraníes y se continúa trabajando para la aprobación en la Cámara de Senadores de la ampliación requerida.

Salud y derechos sexuales y reproductivos

El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Pnssr) fue aprobado el presente año por Decreto N° 1.072/04 y dispone que el Ministerio de Salud lo implemente.

Entre las líneas de acción del Pnssr se destacan: maternidad segura (atención prenatal, atención calificada del parto, atención postnatal, atención de las emergencias obstétricas), planificación familiar, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida, educación sexual y reproductiva, entre otras.

Con relación a la planificación familiar, el Estado actualmente no garantiza a través de la financiación pública la disponibilidad de insumos anticonceptivos a las mujeres en edad fértil que voluntariamente deseen acceder a uno de los métodos modernos de planificación familiar. Se estima que cerca del 98% de los anticonceptivos distribuidos en establecimientos del Ministerio de Salud corresponden a aquellos que son comprados o donados por la cooperación internacional, y se ha asistido en los últimos años a periodos importantes de desabastecimiento. Se cita que a pesar de esta importante contribución, existiría un porcentaje importante de demanda insatisfecha, de aproximadamente 22% en las mujeres pobres y 33% en las mujeres en pobreza extrema.

Continúan las barreras de tipo económico, cultural, de accesibilidad geográfica, y existen debilidades significativas en la calidad, la existencia de proveedores calificados y el trato a las mujeres en los establecimientos públicos que desarrollan programas de planificación familiar.

Entre los indicadores de cumplimiento del Pnssr 2003-2008 se establece explícitamente para el resultado 1 “compromisos a nivel político, económico y social”, el monto del presupuesto anual de gastos, utilizado bajo el rubro de salud reproductiva para la compra de anticonceptivos.

El gobierno nacional remitió a través del anteproyecto de presupuesto 2005, en el rubro destinado a la compra de anticonceptivos, la suma de 129.960.000 guaraníes. En la Cámara de Diputados se logró hasta el momento el aumento a 632.554.706 guaraníes. Si tomamos en consideración datos extraoficiales del 2003 de organismos internacionales que citan, entre donaciones y compra de anticonceptivos, un gasto aproximado de 800.000 dólares y analizamos la demanda insatisfecha actual, además del aumento futuro en el número de mujeres en edad fértil, podemos concluir que el monto proyectado con recursos del Estado es insignificante para las necesidades del país y se debería priorizar si se pretende el cumplimiento de las líneas de acción aprobadas en el Pnssr.

Con relación a la implementación de líneas de acción que aseguren la maternidad segura, a nivel presupuestario se puede identificar exclusivamente el rubro correspondiente a la adquisición de kits de partos. El monto destinado en el año 2004 es de 5.332.012.933 gua-

raníes, y según el anteproyecto remitido por el Ministerio de Hacienda este programa no contemplará ningún tipo de ampliación de la financiación.

Según datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) se requerirían 15 millones de dólares (87.975 millones de guaraníes) para implementar una política nacional de parto institucional, universal, libre y gratuito para la siguiente población destinataria: 35.500 mujeres embarazadas con parto normal no institucional, 9.500 mujeres con parto por cesárea no institucional y 77.000 mujeres con parto institucional.

Si analizamos los datos, vemos que la brecha financiera es altamente significativa y que la implementación de programas destinados a disminuir la mortalidad materna deben incluir un aumento considerable y sostenido de los recursos financieros para los insumos (kits de partos) para el aumento de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud, para la capacitación del personal de salud de acuerdo a protocolos establecidos, el mejoramiento sustancial de los sistemas de referencia y contrarreferencia y la participación social entre otras acciones.

Atención a la desnutrición

El PNUD y el Unicef señalan que hay 35.000 niños y niñas de menos de 5 años con desnutrición global, 141.000 niños y niñas de la misma edad en riesgo de desnutrición y 45.000 mujeres embarazadas que sufren la misma dolencia. Los programas de merienda escolar que se financian desde el Presupuesto Nacional no alcanzan a la población más vulnerable (niños y niñas de hasta 5 años de edad no escolarizados y en situación de extrema pobreza).

En el anteproyecto de presupuesto 2005 remitido desde el gobierno al Parlamento Nacional no se identifican recursos destinados a reducir la desnutrición en la población infantil. Se ha logrado en la Cámara de Diputados la inclusión de rubros para la compra de productos alimenticios (en el presupuesto del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición –INAN–, dependiente del Ministerio de Salud) como parte de un incipiente programa de lucha contra la desnutrición. El monto aproximado es de 17 mil millones de guaraníes. El PNUD y el Unicef estiman que los requerimientos financieros serían de 24 millones de dólares (140.760 millones de guaraníes) con el objetivo de reducir de manera directa la desnutrición en la población anteriormente señalada.

Situación comparativa de rubros de funcionamiento de hospitales regionales, distritales, materno-infantiles y especializados

Se han elegido algunos rubros presupuestarios de mayor importancia para la atención de la población y el funcionamiento de los establecimientos públicos de salud con el objetivo de conocer las partidas presupuestarias y establecer comparaciones entre los centros. Entre éstos se encuentran los siguientes rubros: 240, 340, 350 y 530 con financiación provenientes de recursos del Tesoro (Fuente 10).

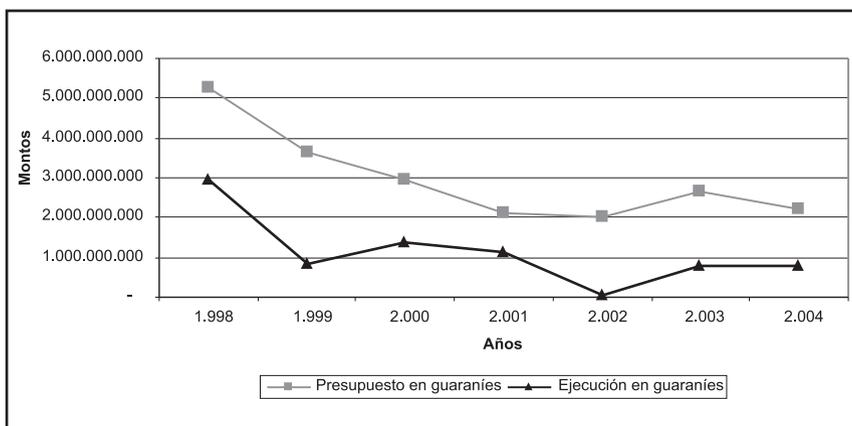
- **Rubro 240. Gastos por servicio de aseo, mantenimiento y reparaciones menores:** se utiliza preferentemente para el mantenimiento de equipos de electromedicina (equipos de laboratorio, respiradores, incubadoras, máquinas de anestesia, radiología, etc.) y reparaciones edilicias menores.
- **Rubro 340. Bienes de consumo:** mayoritariamente para la compra de repuestos de equipamientos de los establecimientos, la mayoría de electromedicina.
- **Rubro 350. Productos e instrumentales químicos:** compra de insumos para pacientes, anestesia, placas de radiografías, reactivos de laboratorio y banco de sangre, oxígeno, entre otros.
- **Rubro 530. Adquisición de maquinarias y equipamientos mayores:** compra de equipos de medicina en imágenes, respiradores, incubadoras, equipos de lavandería, cocinas, etc.

En los cuadros siguientes se observa el comportamiento histórico del gasto público a través del Presupuesto General de Nación del periodo de 1998 al 2004. Estos rubros son vitales para el funcionamiento de los servicios de atención de salud (hospitales, centros y puestos). El comportamiento del gasto ha sido descendente en todos los rubros mencionados, lo que demuestra claramente una política de los gobiernos de disminuir progresivamente la financiación del sector público en salud. Esto confirma que el gasto público en salud sigue siendo una deuda pendiente que exige una revisión urgente de las autoridades y el reclamo de las organizaciones de la sociedad civil.

Cuadro 2

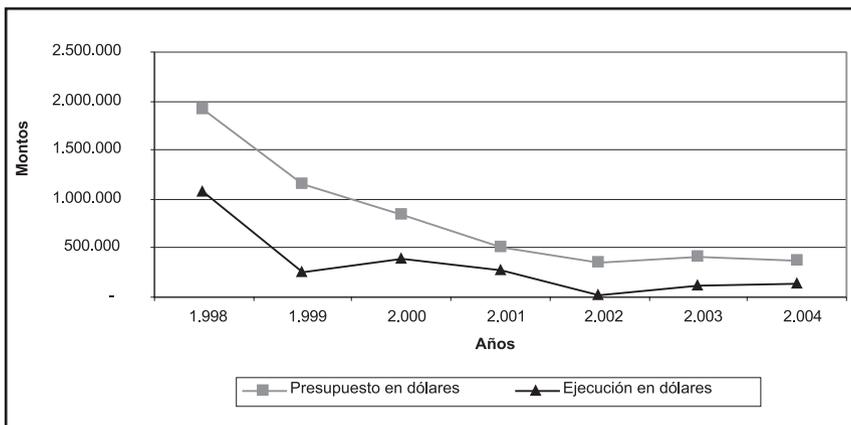
<i>Bienes de consumo</i>				
Año	Presupuesto (guaraníes)	Presupuesto (dólares)	Ejecución (guaraníes)	Ejecución (dólares)
1998	5.285.952.442	1.918.676	4.015.718.043	1.457.611
1999	6.557.767.317	2.078.532	3.334.356.953	1.056.848
2000	4.860.772.749	1.386.020	3.466.530.521	988.460
2001	3.319.488.192	795.087	2.052.353.336	491.582
2002	2.336.231.679	399.629	1.278.721.243	218.734
2003	3.044.432.957	472.665	1.428.618.367	221.801
2004	2.413.594.152	405.646	1.094.790.365	183.998

Cuadro 3
Mantenimiento (Gs.)

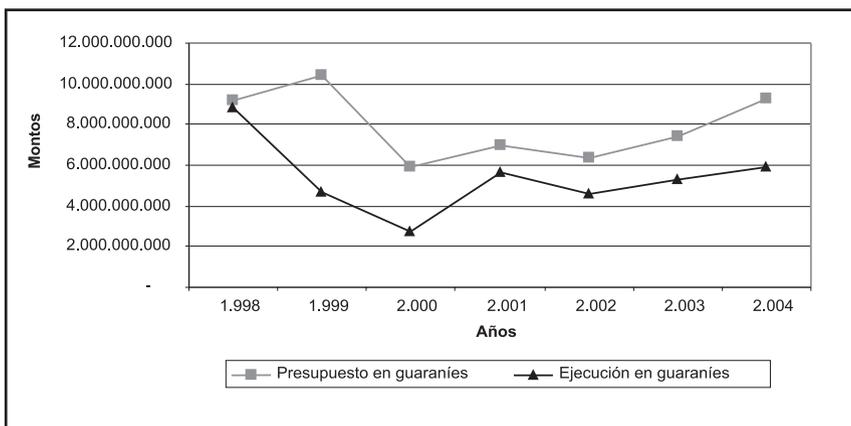


Hemos comparado el gasto en guaraníes y dólares para señalar que la disminución del financiamiento es aún mayor, considerando que la compra de insumos en general se ve ampliamente afectada por la oscilaciones del dólar a nivel nacional e internacional.

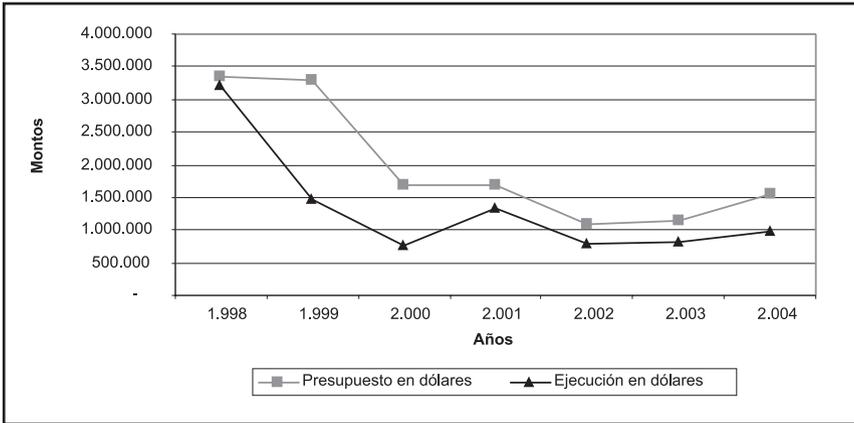
*Cuadro 4
Mantenimiento (US\$)*



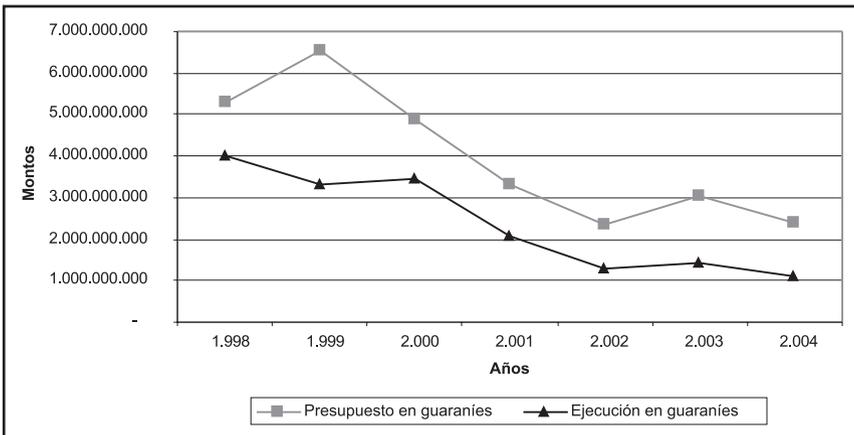
*Cuadro 5
Productos Alimenticios (Gs.)*



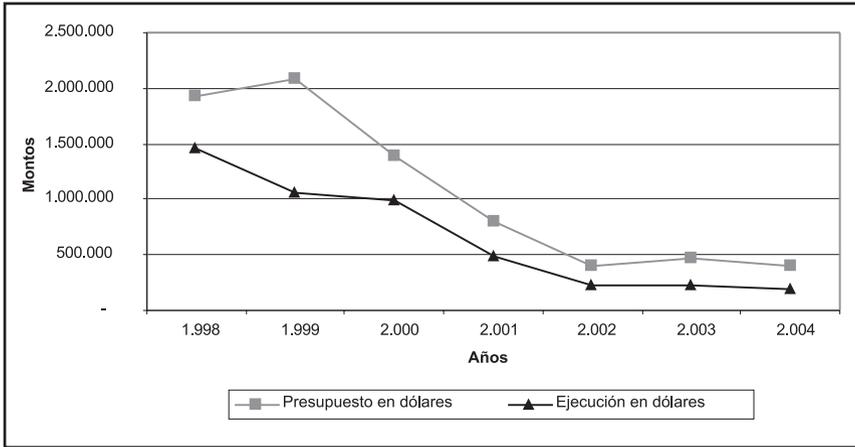
Cuadro 6
Productos Alimenticios (US\$)



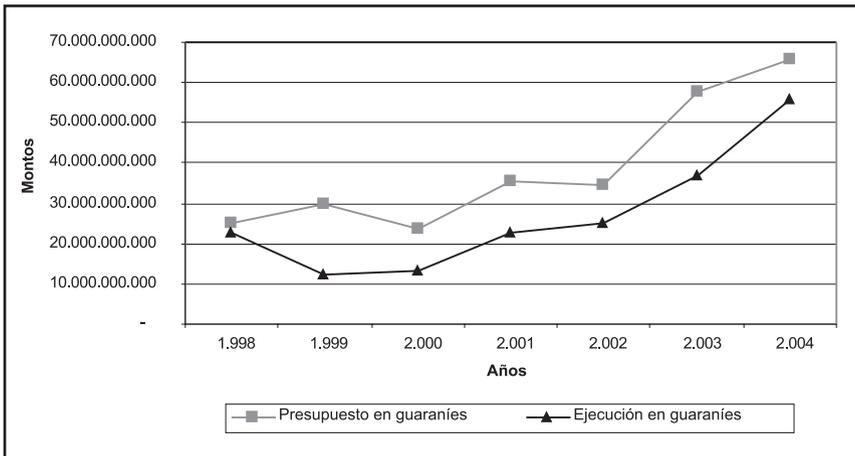
Cuadro 7
Bienes de consumo (Gs.)



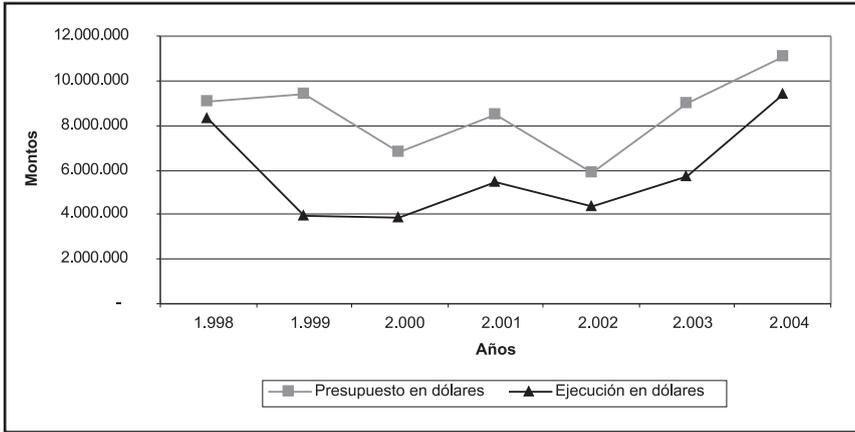
*Cuadro 8
Bienes de consumo (US\$)*



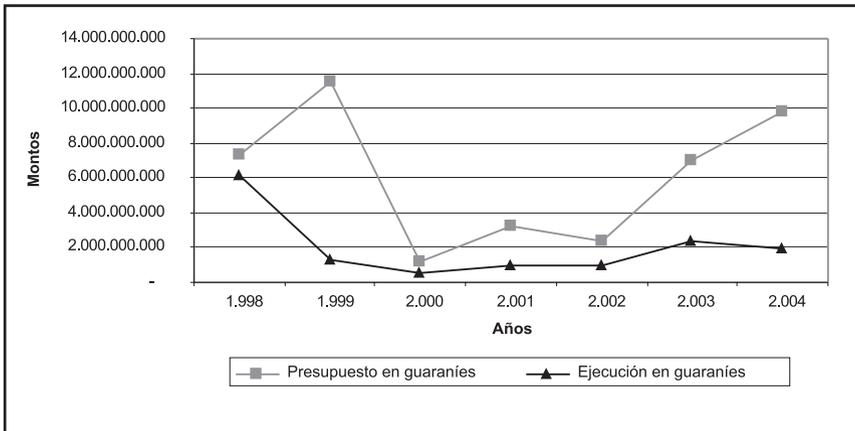
*Cuadro 9
Insumos (Gs.)*



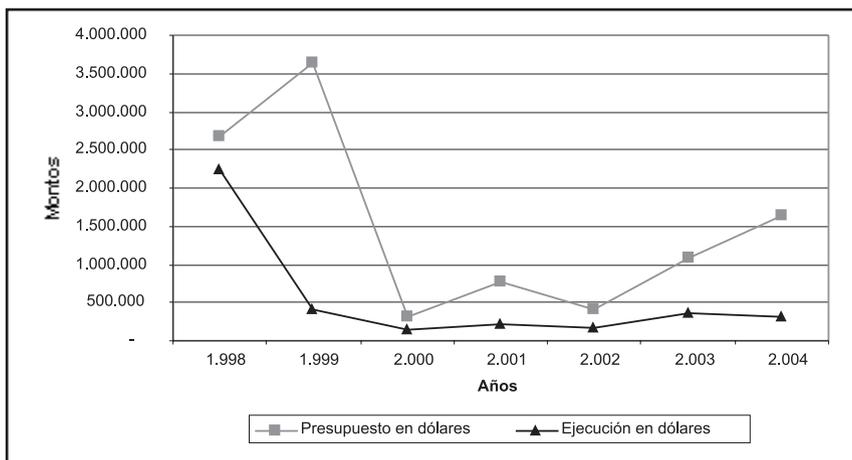
Cuadro 10
Insumos (US\$)



Cuadro 11
Adquisición de Equipamientos Mayores (Gs.)



Cuadro 12
Adquisición de Equipamientos Mayores (US\$)



Situación del personal de blanco del Ministerio de Salud

El personal calificado de salud (médicos y licenciadas en enfermería) en Paraguay se encuentra en una de las peores situaciones de la región e incluso al interior del país en comparación con otros grupos de funcionarios públicos.

Esta situación puede estudiarse desde el punto de vista de la población y de sus condiciones laborales. Se puede apreciar una alta concentración del personal calificado en los centros urbanos del país. Se estima que del total de médicos y licenciadas en enfermería el 70% se encuentra prestando servicios en Asunción y Central, donde reside aproximadamente el 30% de la población. Parte de la problemática de esta concentración surge de la necesidad de buscar alternativas laborales en varios centros hospitalarios y de compartir el tiempo laboral con la práctica en la medicina privada o en empresas de salud prepagas, debido al bajo salario que se percibe. A consecuencia de esto, asistimos a una tendencia en el sector al multiempleo público, la precarización laboral y la baja calidad de la atención prestada por el escaso tiempo de permanencia y la falta de compromiso con una sola institución. Por otra parte, se han denunciado las pésimas condiciones laborales en establecimientos con problemas crónicos de desabastecimiento de insumos, equipos de electromedicina sin mantenimiento y falta de tecnología apropiada para una practica médica basada en estándares mínimos de calidad.

Desde el punto de vista de la población, las consecuencias de esta situación saltan a la vista: la población más pobre y probablemente con menor acceso a los servicios de salud es la que se encuentra más desprotegida, muchas comunidades del interior no poseen un solo personal calificado en los centros de atención pública, que a su vez son los que menos han sido privilegiados en la financiación presupuestaria. Existen instituciones de salud sin personal de blanco, sin insumos, con equipos obsoletos y sin mantenimiento y con la incapacidad financiera de adquirir lo mínimo necesario para su funcionamiento.

Conclusiones

Con la asunción del nuevo gobierno y la aprobación del Plan Nacional de Salud 2003-2008 se confiaba que se iniciarían procesos de cambios en el sector salud. A un año de este gobierno y con la propuesta presupuestaria presentada para ejercicio 2005 por el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y del Ministerio de Hacienda, vemos con preocupación que el gasto en salud sigue siendo una asignatura pendiente del gobierno con toda la sociedad paraguaya, especialmente con los más carenciados, que necesitan del servicio público obligatoriamente para acceder a mejores condiciones de vida y salud.

RECOMENDACIONES

- Que el Presupuesto General de Gastos de la Nación acompañe en la aprobación y posterior ejecución al plan de gobierno.
- Que la Ley de Vacunas sea implementada de manera prioritaria, de tal manera a garantizar la provisión anual para el desarrollo del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Igual tratamiento se recomienda para el presupuesto e insumos para el programa de salud sexual y reproductiva.
- Que el gobierno priorice las medidas de reforma del sector establecido en el plan de gobierno: descentralización, reorganización de los servicios, fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, apoyo y priorización de la promoción de la salud y búsqueda de nuevos modelos de financiamiento.