

MATERNIDAD, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN EL SECTOR SALUD DE PARAGUAY

El presente documento ha sido elaborado para la Comisión de Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso Nacional del Paraguay para ser utilizado en el “Primer Seminario de Parlamentarios de América Latina y el Caribe para la Garantía del derecho a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil” a realizarse en Brasilia los días 4 y 5 de diciembre de 2013.

Este es un trabajo presentado por el AREA DE SALUD PÚBLICA DEL INSTITUTO DESARROLLO financiado con fondos institucionales en el marco del proyecto HIGEA SALUD cuyo propósito es contribuir al debate sectorial para mejorar el desempeño del sistema nacional de salud por medio de la formación de recursos humanos, la investigación y la propuesta de políticas.

*Análisis de la
mortalidad, la
salud sexual y
reproductiva y del
marco de
garantías*

MATERNIDAD, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA EN EL SECTOR SALUD DE PARAGUAY

Análisis de la mortalidad, la salud sexual y reproductiva y del marco de garantías

Dr. Edgar Giménez Caballero

Asunción, Paraguay

2013



El Dr. Edgar Giménez es Doctor en medicina y cirugía y Máster en salud pública. Se desempeña como consultor, docente e investigador en esta área y es coordinador general del área de salud pública del Instituto Desarrollo.

La elaboración de este documento fue realizado con fondos institucionales del INSTITUTO DESARROLLO

Guido Spano 2575 Asunción – Paraguay
Teléfono/Fax: (595) 21 612182/4
Web: www.desarrollo.edu.py

Contenido

Introducción	3
UN MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DEL SECTOR DE SALUD EN PARAGUAY ¡Error! Marcador no definido.	
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU FINANCIAMIENTO.....	5
Organización y cobertura.....	5
Financiamiento	7
Composición del gasto en salud.....	7
Inversión en salud comparada con países de América Latina.....	8
Gasto de bolsillo.....	12
LA SALUD DE LA POBLACIÓN PARAGUAYA	17
Principales causas de enfermedad y mortalidad	17
Objetivos del milenio para la salud.....	18
Factores de riesgo.....	21
Pobreza y desigualdad	22
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	26
Fecundidad	26
Planificación Familiar	27
MORTALIDAD MATERNA	29
MORTALIDAD EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA	33
Primera Infancia.....	33
Escolares	36
Adolescentes.....	36
GARANTÍAS DE SALUD PARA LA MATERNIDAD, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.....	37
Constitución Nacional	37
El código de la niñez y adolescencia	39
Ley del Sistema Nacional de Salud.....	42
Ley de gratuidad de aranceles en el Ministerio de Salud.....	43
Ley sobre kit de partos y anticonceptivos.....	43
Ley del Test del piecito	44
Ley sobre inmunizaciones.....	44
Ley de garantía nutricional en la primera infancia.....	45
Ley de complemento nutricional en las escuelas	45
Ley de VIH	46
Referencias	47

MATERNIDAD, NIÑEZ Y ADOLESCIA EN EL SECTOR SALUD DE PARAGUAY

Análisis de la mortalidad, la salud sexual y reproductiva y del marco de garantías

Dr. Edgar Giménez Caballero¹

Introducción

El presente documento ha sido elaborado para la Comisión de Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso Nacional del Paraguay para ser utilizado en el “Primer Seminario de Parlamentarios de América Latina y el Caribe para la Garantía del derecho a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil” a realizarse en Brasilia los días 4 y 5 de diciembre de 2013. Se han utilizado diferentes fuentes secundarias de instituciones oficiales de la República del Paraguay.

El objetivo general de este seminario es “fortalecer el compromiso de los parlamentos y parlamentarios con acciones dirigidas a acelerar la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal y con los procesos de rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños. Esto se realiza en el marco del derecho internacional y los compromisos asumidos por los Estados de América Latina y el Caribe en la agenda global de desarrollo”.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- “Reconocer la situación de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en la Región y compartir las buenas prácticas parlamentarias en la protección de la salud de las mujeres y los niños, con el fin de identificar líneas de trabajo legislativo que

¹¹ Asesor de la Comisión de Salud Pública del Congreso Nacional. Director General del Área de Salud Pública del Instituto Desarrollo. Doctor en Medicina y Cirugía, Máster en Salud Pública.

garanticen su derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados.

- Asumir el marco de derecho y desarrollo humano aprobado por los Ministros de Salud de las Américas en el Plan para la aceleración de la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave (2011) y los componentes específicos que requieren la acción de los parlamentos.
- Establecer un grupo de trabajo o red parlamentaria regional para mejorar los procesos de rendición de cuentas, de acuerdo al marco presentado por la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños, convocada por el Secretario General de las Naciones Unidas”.

En la primera parte de esta síntesis se hace referencia a un marco conceptual para analizar el sector salud. A partir de este marco describen los aspectos más relevantes del sistema de salud paraguayo y de la condición de salud de la población incluyendo un enfoque de determinantes sociales desde una perspectiva socioeconómica y de factores de riesgo.

Con esta descripción general se aborda el tema específico de la salud materna infantil a partir de indicadores básicos. Se describe su variabilidad temporal y regional y se compara con los resultados de otros países de América Latina.

Sobre salud sexual y reproductiva se destacan datos provenientes de la última encuesta nacional de salud sexual y reproductiva realizada en el 2010.

Para finalizar se describe el marco de garantías vigentes en la República del Paraguay.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y SU FINANCIAMIENTO

Organización y cobertura

El Sistema Nacional de Salud, creado por la ley 1032/96, está integrado por instituciones públicas y privadas, caracterizándose por su segmentación y fragmentación sostenido por un alto gasto proveniente de los hogares y con coberturas territoriales asimétricas.

Ante una enfermedad dada sólo aquellas personas que están aseguradas al Instituto de Previsión Social (IPS) o poseen un seguro privado tienen derecho a prestaciones concretas y garantizadas, mientras que las personas que dependen de la provisión de servicios por parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (porque no tienen seguro) dependen de la disponibilidad de servicios en un momento dado.

En conjunto estas prestaciones son asimétricas entre y dentro de cada subsistema. Es decir, la garantía de recibir servicios de salud cuando se necesita depende básicamente de la disponibilidad efectiva de servicios, del régimen de seguro en la previsional, del tipo de enfermedad, del plan de beneficios del seguro privado y del periodo de carencia de cada seguro. Esta situación determina que el acceso a servicios dependa fundamentalmente de la capacidad de pago de las personas.

El seguro de IPS corresponde a un modelo de reparto y se financia por medio de aportes tripartitos del trabajador, la patronal y el Estado (9% del salario o menos según el régimen, 14% y 1,5% respectivamente)². Cubre a los trabajadores asalariados dependientes cotizantes, jubilados y pensionados así como a sus respectivas familias, agrupados en tres grupos de afiliados: del régimen general, de regímenes especiales y del no contributivo. Pero no todos los trabajadores dependientes del país tienen acceso al IPS. La exclusión y baja cobertura se debe en gran medida a tres factores: a) la estructura del empleo en Paraguay tiene

² Desde su creación en 1943 hasta la fecha, el Estado nunca aportó su parte

una alta informalidad y los trabajadores informales no están contemplados en el modelo de seguridad social; b) la discontinuidad de aportes al perder un empleo o al migrar de un trabajo a otro; y c) la alta evasión en las cotizaciones que según estimaciones supera el 70%. El IPS es el seguro que más cobertura brinda a sus asegurados pero no todos tienen los mismos beneficios.

Comparativamente, en todos los casos, las empresas de seguros privados tienen menor cobertura de servicios para sus asegurados que el IPS y a la vez comparten un menor margen de riesgos ya que no cubren eventos como enfermedades preexistentes, malformaciones congénitas, accidentes, enfermedades oncológicas, diálisis, trasplantes y algunas prestaciones de alto costo. También tienen una menor cobertura de medicamentos e insumos hospitalarios que varía según los planes del seguro. Algunas empresas aplican primas crecientes según la edad de sus asegurados independientemente del tiempo que hayan cotizado³.

Población según condición de seguro en %. Paraguay 2012

Seguro	Total	Urbano	Rural	20% menor ingreso	20% mayor ingreso
IPS	19,2	26,0	8,7	2,5	32,2
Otro	7,6	11,6	1,7	0,7	22,7
Sin seguro	73,3	62,4	89,6	96,8	45,1

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2012. Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

En el subsistema de servicios dependientes del Ministerio de Salud la oferta de servicios ha mejorado a partir de un incremento progresivo del presupuesto público asignado. Principalmente se ha invertido en más infraestructura hospitalaria, equipamiento e incorporación de más recursos humanos. Entre el 2000 y el 2012 se triplicó el presupuesto para la compra de medicamentos. En ese mismo periodo se incorporaron nuevas vacunas, se implementaron nuevos programas

³ Una descripción ejecutiva sobre la seguridad social en Paraguay y sus desafíos se puede encontrar en el texto de Giménez y Cabral (2007) "Paraguay. Segmentación, fragmentación y falta de voluntad política".

como el kit de parto, el test del piecito, el de asistencia nutricional, de trasplantes, de acceso a terapias intensivas (incluyendo la tercerización), entre otros. A partir del 2008 se instalaron de manera innovadora más de 700 unidades de salud de la familia (USF) en el primer nivel de atención.

Sin embargo a pesar de estos avances las brechas de cobertura son aún muy importantes y cuando se analiza la oferta por departamentos y municipios las asimetrías son muy notorias.

Indicadores seleccionados de recursos y cobertura. Paraguay, Región Oriental 2011.

Indicadores	Nacional	Mínimo	Máximo
Camas por 1000 hab (MSPBS+IPS)	1,0	0,5	4,3
Atenciones ambulatorias por hab (MSPBS)	1,3	0,9	2,4
Egresos hospitalarios por 1000 hab (MSPBS)	34,0	25,1	54,3
% de Partos institucionales	95,0	77,9	99,6
% de embarazadas atendidas antes del 4to mes	31,3	14,9	66,0
% de cobertura de vacunación con Penta3	75,4	66,5	97,7

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos 2011.

Financiamiento

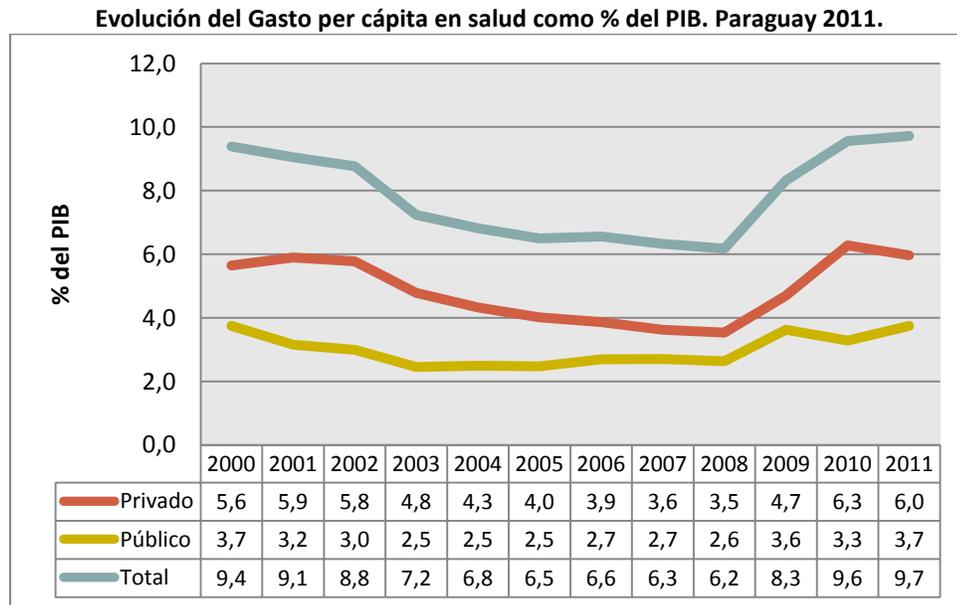
Composición del gasto en salud

El crecimiento de la economía del país, desde el 2003, ha permitido una mayor inversión en salud con financiamiento público⁴. En particular todas las instituciones públicas han tenido un crecimiento importante en sus presupuestos anuales. Por ejemplo, entre el 2003 y el 2011 el presupuesto del Ministerio de Salud se cuadruplicó pasando de 462 mil millones a 2,2 billones de guaraníes. Para el 2012 el presupuesto asignado alcanzó 3,4 billones de guaraníes.

Según datos del Banco Mundial el gasto per cápita en salud creció más de 200% entre el 2000 y el 2010. Pero este crecimiento no se dio en la misma proporción del crecimiento del PIB. En efecto, si bien hubo un

⁴ Según datos de Ministerio de Hacienda, el PIB per cápita de Paraguay pasó de 978 a 3122 dólares (corrientes) entre el 2003 y el 2011.

incremento neto en la inversión durante ese periodo, el gasto total pasó de 7% a 9% en relación al PIB. La mayor parte del gasto sigue siendo privado. Entre el 2000 y el 2008 el gasto privado descendió de 66 % a 57 % del gasto total en salud y en el 2010 subió nuevamente a 65 % del gasto total⁵.



Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank.
Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.

Inversión en salud comparada con países de América Latina

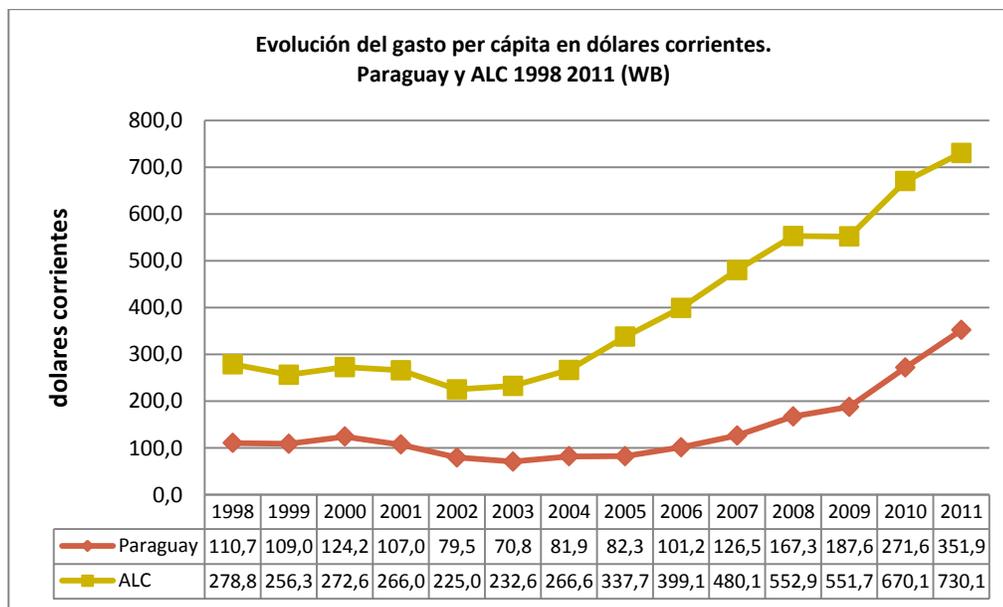
Como ya se ha mencionado, en Paraguay se producido un incremento progresivo de la inversión en salud en la última década. Sin embargo este incremento ha sido más lento que el promedio para América Latina

⁵Los datos corresponden al *World Data Bank* del Banco Mundial el cual permite construir tablas dinámicas on line de varios indicadores de financiamiento en salud y otros, disponible en <http://databank.worldbank.org/Data/Views/VariableSelection/SelectVariables.aspx?source=311>. Es oportuno señalar que las debilidades del sistema de información también afecta a los datos en el área de financiamiento sanitario. Cuando se revisan las cifras se encuentran diferencias dependiendo de las fuentes. Por ejemplo, según un informe del Ministerio de Hacienda a la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados el gasto público per cápita pasó de 55,5 dólares a 167 dólares entre el 2003 y el 2011. Según esa misma fuente al cierre del 2011 el gasto público en salud de Paraguay fue de 4,9 billones de guaraníes (más de 1 mil millones de dólares) lo cual permite hacer una nueva estimación del gasto público per cápita.

donde se ha producido un aumento de 458 de gasto per cápita entre el 2000 y el 2011 (272 a 730 dólares corrientes per cápita) mientras que en Paraguay el aumento para el mismo periodo de tiempo ha sido apenas de 228 dólares, incrementándose la brecha de éste con el promedio regional de 148 dólares corrientes en el 2000 a 378 dólares corrientes en el 2011.

Paraguay tiene uno de los gastos en salud per cápita más bajos de la región, siendo su última estimación 352 dólares corrientes per cápita año, presentando a la vez uno de los gastos privados más altos, entorno al 61% del gasto total en salud.

Esta situación produce el hecho contradictorio que siendo la cobertura principalmente pública su financiamiento es fundamentalmente privado.



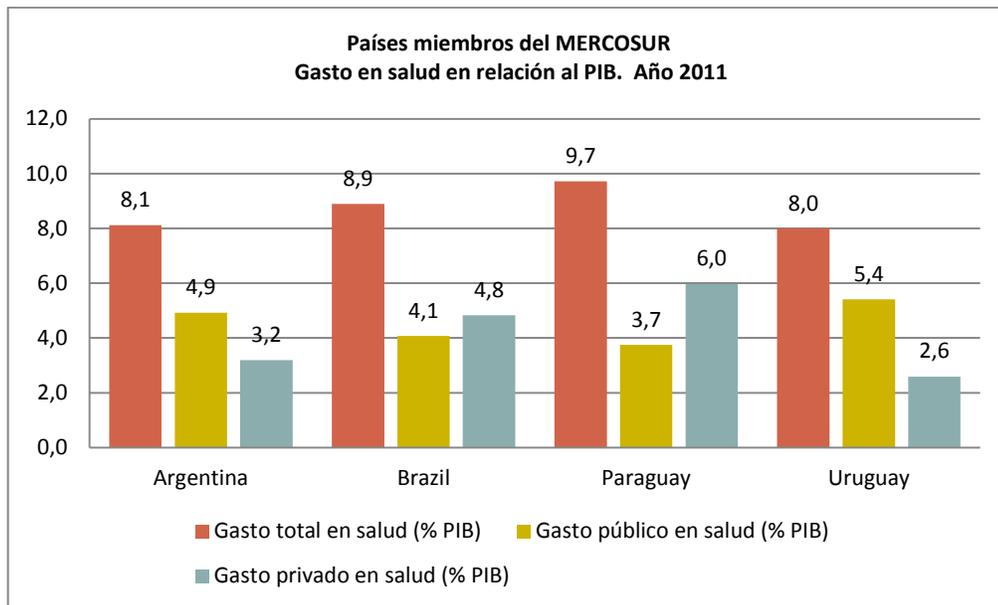
Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank.
Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.

Analizando los países miembros del MERCOSUR, Paraguay se destaca por una mayor proporción del gasto en salud en relación al PIB, pero con la salvedad que el PIB per cápita en Paraguay es 3 veces menor que el de Argentina y casi 4 veces menor que el de Brasil y Uruguay. La notable diferencia en el PIB per cápita se traduce en una notoria diferencia en la inversión per cápita en salud, siendo la de Paraguay la menor del MERCOSUR.

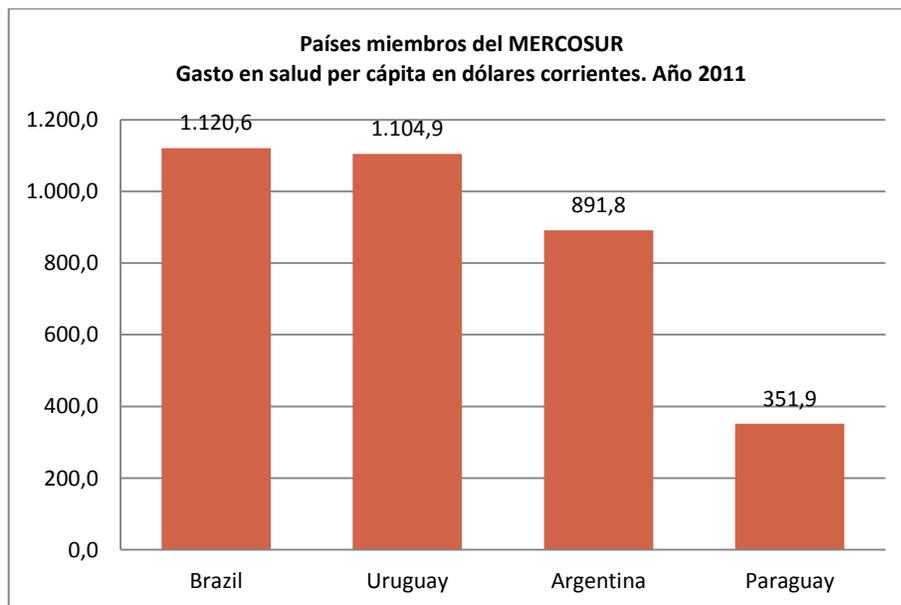
INDICADORES DE FINANCIAMIENTO EN SALUD PAISES SELECCIONADOS DE AMÉRICA. 2011

Países/ Gasto en salud	Gasto total (% del PIB)	Gasto público (% PIB)	Gasto privado (% PIB)	Gasto público (%total)	Gasto privado (%total)	Gasto per cápita en USD corrientes	Gasto per cápita n dólares constantes	PIB per cápita en dólares corrientes
Argentina	8,1	4,9	3,2	60,6	39,4	891,8	1.433,7	10.942
Bolivia	4,9	3,5	1,4	70,8	29,2	118,1	250,3	2.374
Brazil	8,9	4,1	4,8	45,7	54,3	1.120,6	1.042,7	12.594
Chile	7,5	3,5	4,0	47,0	53,0	1.074,5	1.292,2	14.394
Colombia	6,1	4,6	1,5	74,8	25,2	432,0	617,9	7.104
Ecuador	7,3	3,0	4,3	41,0	59,0	331,5	615,8	4.496
Guatemala	6,7	2,4	4,3	35,5	64,5	213,9	334,0	3.178
Mexico	6,2	3,0	3,1	49,4	50,6	619,6	940,1	10.047
Peru	4,8	2,7	2,1	56,1	43,9	289,0	496,2	6.018
Paraguay	9,7	3,7	6,0	38,6	61,4	351,9	526,5	3.629
Uruguay	8,0	5,4	2,6	67,6	32,4	1.104,9	1.209,7	13.866
Venezuela	5,2	1,9	3,3	36,7	63,3	555,1	659,2	10.810
Canada	11,2	7,9	3,3	70,4	29,6	5.629,7	4.520,0	50.344

Fuente: Banco Mundial. World DataBank. Health Nutrition and Population Statistics



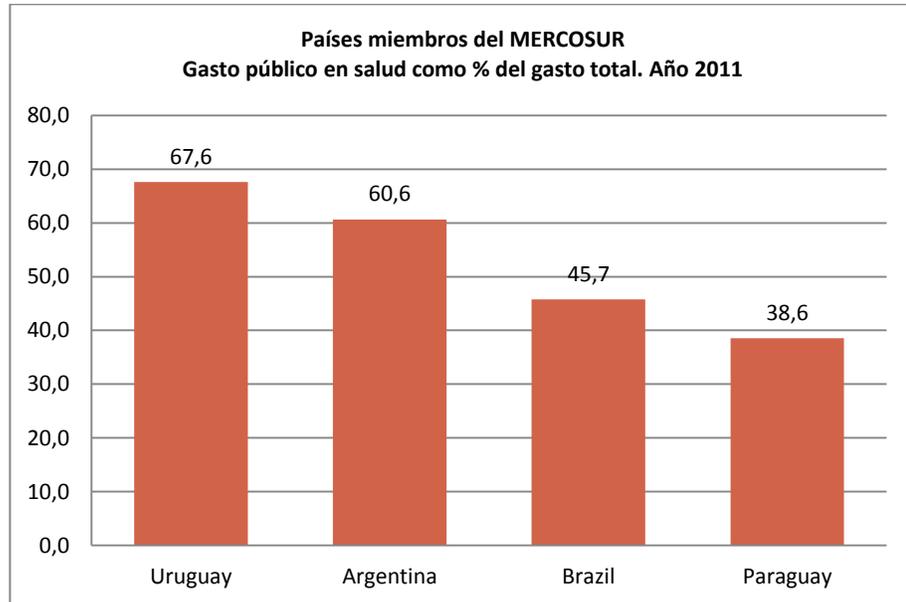
Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank. Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.



Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank. Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.

Como ya se ha señalado, el financiamiento del sector salud en Paraguay es principalmente privado, registrándose la menor proporción de

inversión pública como parte del gasto total entre los países miembros del MERCOSUR



Fuente: Elaborado a partir de datos del Banco Mundial. World Data Bank.
Indicadores de financiamiento en salud de Paraguay 2000 2011.

Gasto de bolsillo

De cada 10 dólares que se gastan en salud, 6 corresponde a gasto privado, de los cuales 3 corresponde a gasto de bolsillo por medicamentos.

El principal gasto de bolsillo corresponde a medicamentos, representando el 52% de este gasto, seguido por estudios diagnósticos y hospitalización que representan el 12% y 9% del gasto de bolsillo respectivamente.

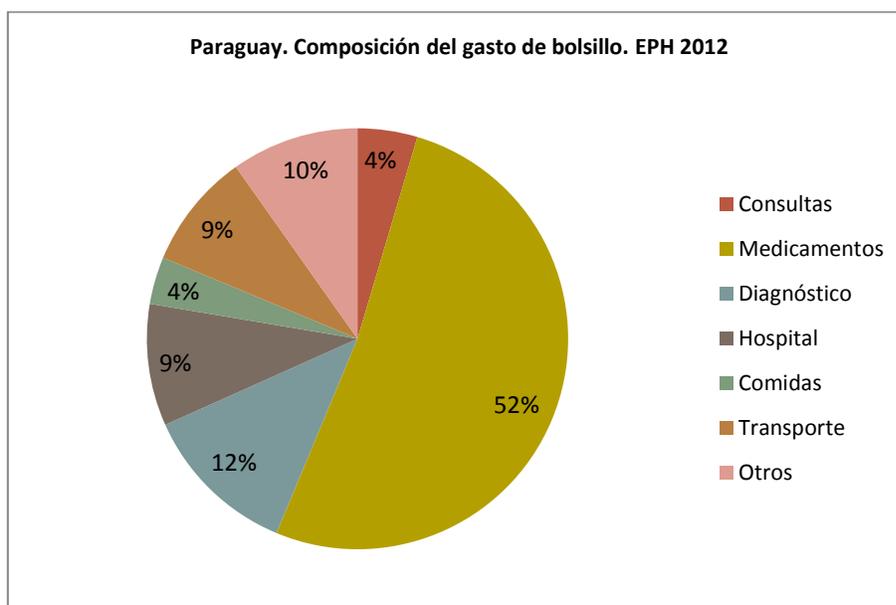
Por otra parte, si se analiza el gasto desde la perspectiva del ingreso podemos comprobar que en todos los casos se verifica un gradiente que impacta en mayor medida sobre los hogares con menores ingresos. En el quintil de menor ingreso los gastos por medicamentos, diagnóstico y gastos hospitalarios podrían tener un impacto potencial sobre el ingreso mensual del 11%, 16% y 54% respectivamente. En el quintil de mayor

ingreso estos gastos representarían el 2%, el 4% y 18% de sus ingresos mensuales.

Sumado a los costos directos están los *costos de oportunidad*, es decir, aquello que se deja de percibir buscando atención médica.

Considerando que la mayor parte de la gente pobre trabaja sin contratos o en el sector informal, la mayoría no tiene la posibilidad de acceder a la seguridad social ni a los subsidios o permisos por enfermedad, ni a la protección de las leyes laborales en cuanto a remuneración durante la enfermedad.

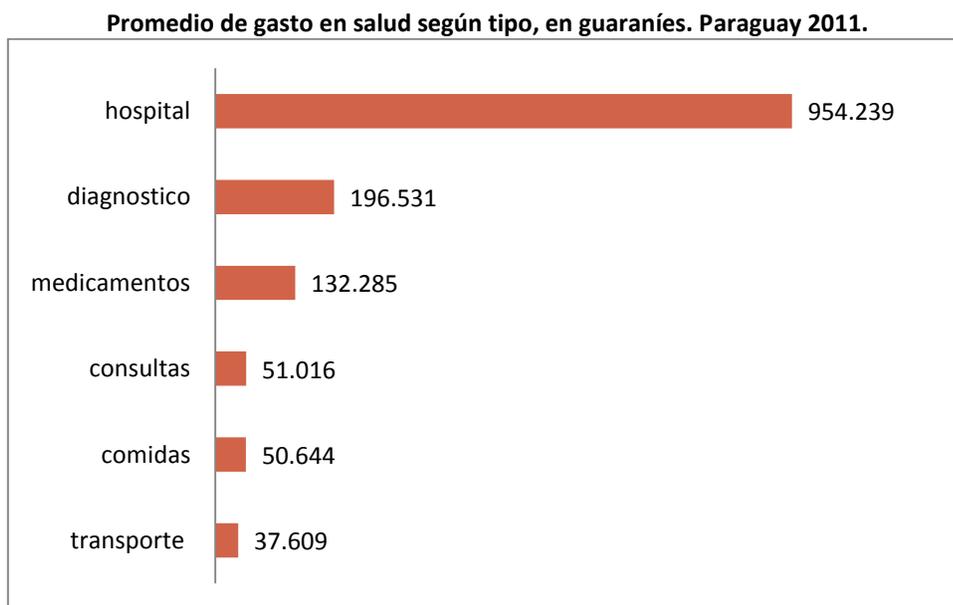
Para las personas pobres el gasto en salud puede representar la totalidad de su ingreso diario y en muchas ocasiones significa elegir entre servicios de salud o comer.



Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2012.
Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos

La protección financiera es clave para evitar que más gente caiga en situación de pobreza o no pueda salir de ella por gastos en salud y debería ser una meta explícita de las políticas de salud (OMS, 2010).

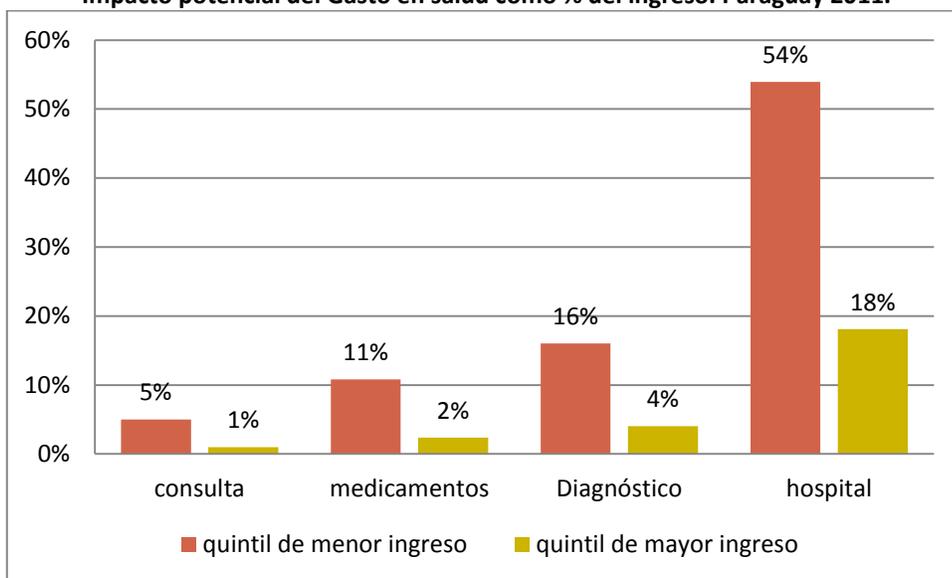
Los estudios difundidos por la OMS señalan que para evitar el efecto de pobreza el gasto de bolsillo debería reducirse en torno al 20%, el cual podría tomarse como parámetro o meta del esfuerzo que deben realizar los países tanto para incrementar su inversión pública como para reducir el gasto de bolsillo y sobre todo evitar el gasto catastrófico derivado de los gastos por enfermedad.



Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2011.
Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

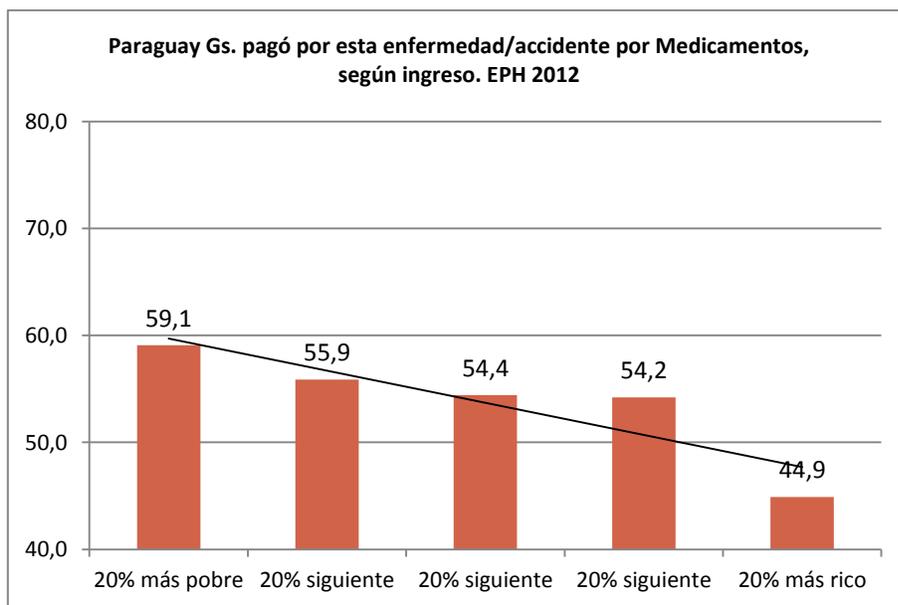
Obs: corresponde al promedio para cada objeto de gasto, es decir cada uno tiene diferente n, según haya o no incurrido en ese gasto. El gasto total no es la suma de los promedios. Como referencia, el promedio de gasto por hospital equivale a 227 dólares corrientes, y el de medicamentos a 31 dólares corrientes.

Impacto potencial del Gasto en salud como % del ingreso. Paraguay 2011.



Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2011.
Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

Obs: El impacto potencial se refiere a la proporción del gasto promedio por concepto que podría tener sobre un hogar, considerando el ingreso promedio. Es importante destacar que el promedio por concepto de gasto se obtiene sólo de aquellas personas que han incurrido en ese gasto. Es decir que por esta metodología la sumatoria de los promedios no corresponde al gasto total promedio para todas las observaciones.



Fuente: Elaborado a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2012.
Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos

Para disminuir las barreras económicas, all inicio de la década pasada el Ministerio de Salud inició la eliminación progresiva de los aranceles cobrados por prestación de servicios que se completó en el 2008:

- En el 2001 se declaró la gratuidad para la realización de colposcopia, biopsia de cuello uterino, Papanicolau, ligadura de trompas y provisión de DIU.
- En el 2003 se eliminaron los aranceles para atención a embarazadas y consultas de niños de menores de 5 años.
- En el 2005 se extendió esta medida alcanzando a niños menores de 10 años incluida su internación.
- Ese mismo año se dispuso la provisión gratuita de insumos básicos para el parto conocido como kit de parto.
- También en el mismo año se estableció la gratuidad para la realización de diagnóstico de tuberculosis.
- Durante el 2008 se estableció la eliminación de todos los aranceles remanentes para el uso de servicios como una política para eliminar las barreras arancelarias de acceso.
- En el 2013 mediante una ley se ratificaron estas medidas, eliminando los aranceles por prestación de servicios de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Pero una cosa es eliminar los aranceles y otra cosa es garantizar la provisión de servicios. La política de gratuidad, establecía que aquellos servicios e insumos disponibles en un momento dado debían ser proveídos a todas aquellas personas que lo necesiten, independientemente de su condición socioeconómica, con un arancel cero. A pesar de esta limitación de la política, la eliminación del pago directo por servicios en las dependencias del Ministerio de Salud ha sido un paso fundamental para incrementar el acceso económico sobre todo de aquellas personas con menor ingreso, y más aún para aquellas que viven bajo la línea de la pobreza.

LA SALUD DE LA POBLACIÓN PARAGUAYA

Principales causas de enfermedad y mortalidad

La población paraguaya es eminentemente joven, de sus 6,5 millones de habitantes el 33% tiene menos de 15 años. La tasa global de fecundidad ha descendido de 3,1 a 2,8 entre el 2007 y el 2011 (MSPBS 2011).

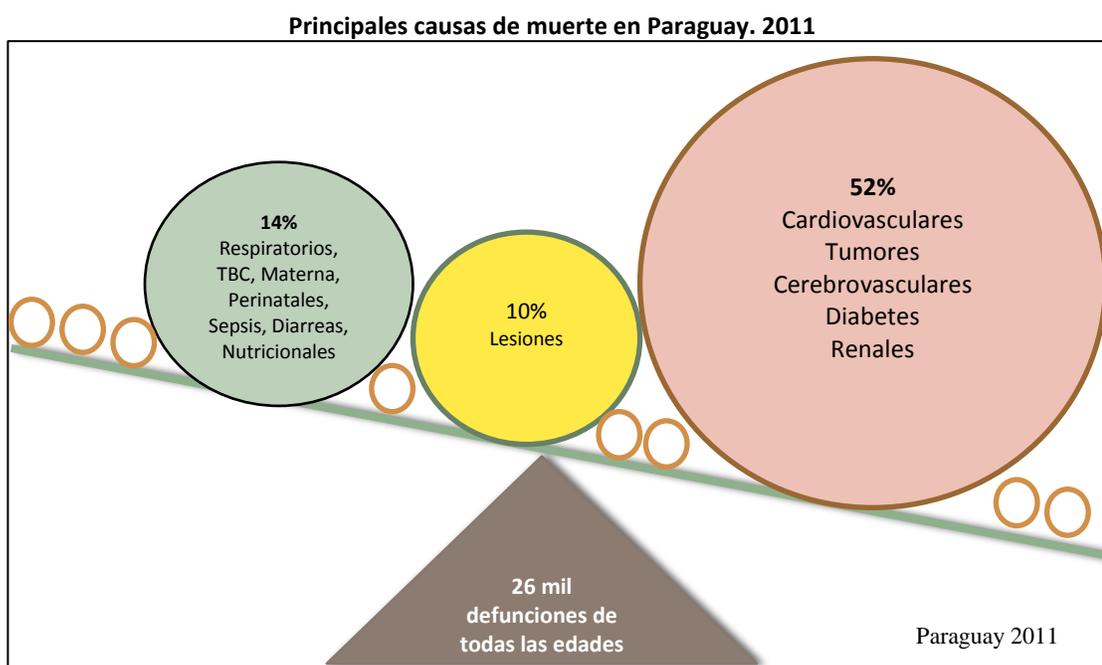
La esperanza de vida al nacer es de 72,3 años lo cual es 4 años menos que el promedio para el Cono Sur de las Américas, 6 años menos que la esperanza de vida en Chile y 9 años menos que en Canadá (OPS, 2010). Las mujeres paraguayas tienen 4,2 años más de esperanza de vida que los hombres. Es posible que ellas alcancen los 80 años de esperanza de vida alrededor del año 2050. Pero hoy mismo, 4 décadas antes, las mujeres de muchos países del mundo y al menos de 14 países de las Américas ya han logrado superar estos años de esperanza de vida. Analizando la tendencia de los últimos años, se concluye que a la población paraguaya le toma una década ganar un año de vida y podría requerir un siglo reducir las brechas regionales y globales en el logro de una mejor expectativa de vida.

Desde esta perspectiva, es importante analizar cuántas personas y por qué motivos no llegan a cumplir los años esperados o, dicho de otra forma, mueren de manera prematura.

En Paraguay, alrededor de 14 mil personas al año mueren antes de llegar a los 70 años, lo que significa que al menos una parte importante de esas muertes pueden ser evitadas de alguna forma ya que ocurren antes de alcanzar la esperanza de vida al nacer.

Entre las diversas causas se puede señalar que más del 52% de las más de 26 mil defunciones que ocurren al año se deben a enfermedades no transmisibles (ENT) y el 10% a lesiones externas. El 41,5% de los fallecimientos por lesiones corresponde a accidentes de tránsito, y el

53% de éstas ocurren utilizando motocicletas. Las enfermedades del aparato circulatorio (cardiovasculares y cerebrovasculares), los tumores, la diabetes mellitus y las enfermedades renales son las principales causa de muerte entre estas enfermedades. Este grupo representa casi el 60% de las causas de muerte en mayores de 40 años y el 66% de las causa de muerte entre los 60 y 70 años (MSPBS, 2011)⁶.



Fuente: Indicadores de Mortalidad 2010. Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Objetivos del milenio para la salud

Además de las enfermedades no transmisibles persisten los problemas de una agenda no resuelta de enfermedades infecciosas, nutricionales y

⁶ Los datos corresponden a Indicadores Básicos de Salud de la OPS (2010), indicadores de mortalidad del Ministerio de salud (2010) y proyecciones de demográficas de la Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

las relacionadas a la salud sexual y reproductiva los cuales representan alrededor del 14% de las muertes al año.

Con excepción de las metas para combatir la malaria, Paraguay no cumplirá con las metas de los Objetivos 4, 5 y 6 de Desarrollo del Milenio (ODM)⁷:

- En Paraguay todavía mueren niños por desnutrición. En el 2010 se registraron 36 muertes relacionadas a causas nutricionales y anemias. La prevalencia de desnutrición crónica en niñas y niños menores de 5 años es de 14,2%. En la población indígena esta prevalencia se triplica llegando a 41,7%. Por otra parte, un reporte del INAN de ese mismo año revela que cerca del 29% de las embarazadas que consultaron en servicios de salud tenían un bajo peso para la edad gestacional.
- Entre el 1990 y el 2010 la razón de mortalidad materna registrada descendió de 150,1 a 100,8 muertes por cien mil nacidos vivos. Para el 2011 esta razón descendió a 88,8 por cien mil nacidos vivos. El 70% de las muertes maternas se deben a tres causas: aborto, hemorragias y toxemia.
- En ese mismo periodo de tiempo la mortalidad infantil registrada descendió de 30 a 16 muertes por mil nacidos vivos. En el 2011 la TMI registrada por mil nacidos vivos fue de 15,2. Las principales causas de muerte en esta etapa de la vida son las lesiones debidas al parto, anomalías congénitas, infecciones y prematuridad.
- Las proyecciones señalan que Paraguay no logrará de reducir la mortalidad materna a 37,5 por cien mil nacidos vivos ni la mortalidad infantil a 10 por mil nacidos vivos para el 2015.

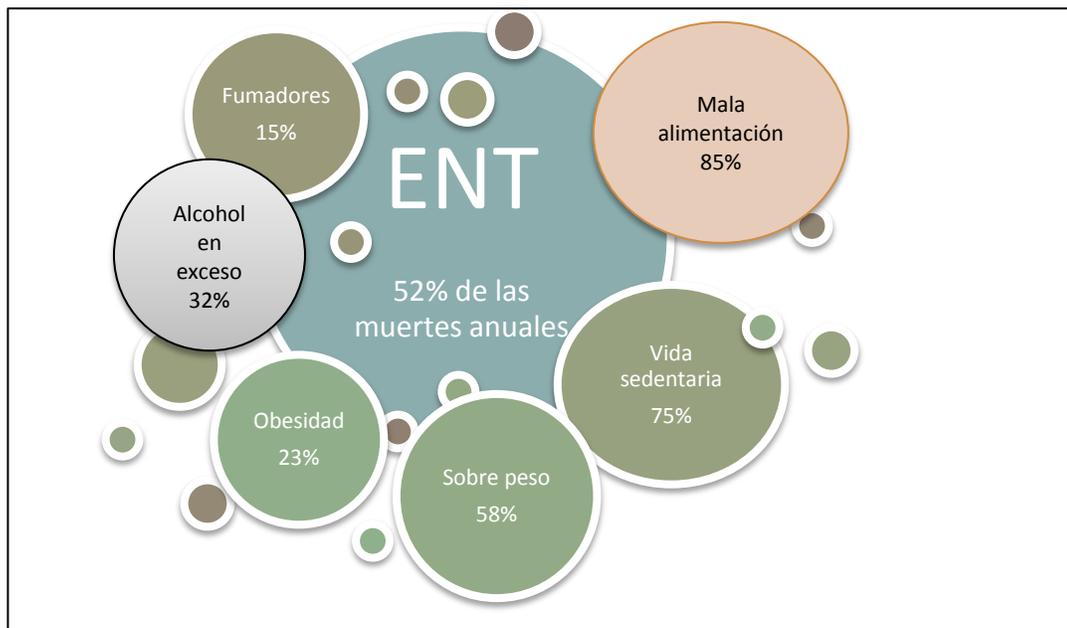
⁷ Se ha consultado diferentes fuentes: Indicadores de Mortalidad del Ministerio de Salud, reportes del INAN, reportes del PRONASIDA y reportes del Programa Nacional de lucha contra la tuberculosis. Según la disponibilidad de datos se ha consultado series que abarcan desde el 2000 al 2011.

- El VIH sigue siendo una epidemia concentrada en población de mayor riesgo (PEMAR) sobre todo aquellas personas que son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), travestis (Trans), mujeres trabajadoras del sexo (MTS) y personas usuarias de drogas (UD). Desde el inicio de la epidemia se han diagnosticado a 10078 personas con VIH, se registraron 1290 fallecimientos y 3236 personas viven con Sida. Se estima que en Paraguay unas 13000 personas viven con VIH. La tasa de incidencia es de 17,69 por 100 mil habitantes. El estigma y la discriminación hacia las PEAR y hacia aquellas que viven con VIH (PVV) se encuentran entre los mayores obstáculos para lograr una respuesta más efectiva.
- En cuanto a la tuberculosis, en 3 de 18 Regiones Sanitarias (Central, Alto Paraná y Asunción) se concentran el 46% de nuevos casos y la tasa de incidencia varía en un rango de 12,2 a 112,2 por 100 mil habitantes (Guairá y Boquerón respectivamente). La población más vulnerable para la tuberculosis está constituida por la población indígena, la población privada de libertad y las personas que viven con VIH. Esta población vulnerable representa alrededor del 2% del total de la población del país y en ella se concentra cerca del 30% del total de casos nuevos y fallecidos en el año. Las tasas de incidencia y mortalidad comparadas con la población general son dramáticamente superiores. A nivel nacional se detectan el 77% de los casos estimados por la OMS para todas las formas pero las variaciones regionales son sustanciales señalando que sólo en 3 regiones sanitarias se superan la meta del 70% de detección (Alto Paraná, Amambay y Pte. Hayes) y en 9 regiones no se alcanza el 30% de detección programada. En cuanto al éxito de tratamiento, para una meta de 90%, el programa ha logrado alcanzar 82% a nivel país en el 2010 pero al analizarlo por departamentos el éxito del tratamiento puede ser tan bajo como el 66% alcanzado por Caazapá.

Factores de riesgo

Según una encuesta realizada por el Ministerio de Salud en el 2011, el 85% de la población paraguaya no tiene una alimentación adecuada con frutas y verduras, 75% tiene un estilo de vida sedentario, el 58% tiene sobrepeso u obesidad, 32% consume alcohol en exceso y el 15% fuma⁸.

Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Paraguay 2011.



Fuente: Elaboración a partir de la Primera Encuesta sobre factores de riesgo y enfermedades no trasmisibles. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Paraguay, 2011.

Las mujeres tienen una mayor proporción de vida sedentaria y peso alterado en comparación con los hombres. En cambio éstos tienen una peor alimentación y son quienes tienen una mayor prevalencia de consumo de tabaco y alcohol.

⁸ El Acuerdo Marco de la OMS para control del tabaco establece que las medidas más efectivas son una combinación de: espacios libre de humo de tabaco, prohibición de todo tipo de promoción y publicidad así como el incremento de los impuestos a su comercialización. Paraguay, a pesar de ser parte de este acuerdo no ha podido implementar estas medidas y es el único país del MERCOSUR que no lo ha hecho.

Los resultados de la encuesta señalan un incremento de colesterol elevado y de diabetes así como la persistencia de una alta prevalencia de hipertensión arterial. Las cifras son: 25% de la población adulta con niveles de colesterol por encima de lo normal, 10% con diabetes mellitus y 32% con hipertensión arterial.

Según la misma encuesta, 63% de los conductores no utilizan adecuadamente el cinturón de seguridad, 26% declaran que nunca lo utilizan y entre los motociclistas el 79% no utiliza adecuadamente el casco, o peor aún, el 44% declara que nunca lo utiliza.

La alta prevalencia y la combinación de todos estos factores explican el alto impacto en Paraguay de las enfermedades no transmisibles y de los accidentes de tránsito.

Pobreza y desigualdad

Existe un alto consenso a nivel mundial que el estado de salud de la población está influido por los denominados *determinantes sociales de la salud*. Las desigualdades en la educación, el empleo, el ingreso y otros factores afectan de manera notable a la salud de las personas, a la calidad y cantidad de años que viven⁹.

En Paraguay el rasgo más dramático de estos determinantes lo constituye la pobreza y sobre todo la pobreza extrema. Alrededor de 2.1 millones de personas viven bajo la línea de la pobreza (32,4 % de la

⁹ El informe de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS (2009) "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" presenta datos contundentes en este sentido. Inmediatamente después de la presentación del informe de la Comisión, liderada por Sir Michael Marmot, se sucedieron varias conferencias en todo el mundo. En Asunción tuvo lugar un foro regional en el 2010 con la participación de varios países de UNASUR. En octubre del 2011 en Rio de Janeiro tuvo lugar la conferencia mundial organizada por la OMS concluyendo con una declaración política sobre los determinantes sociales de la salud.

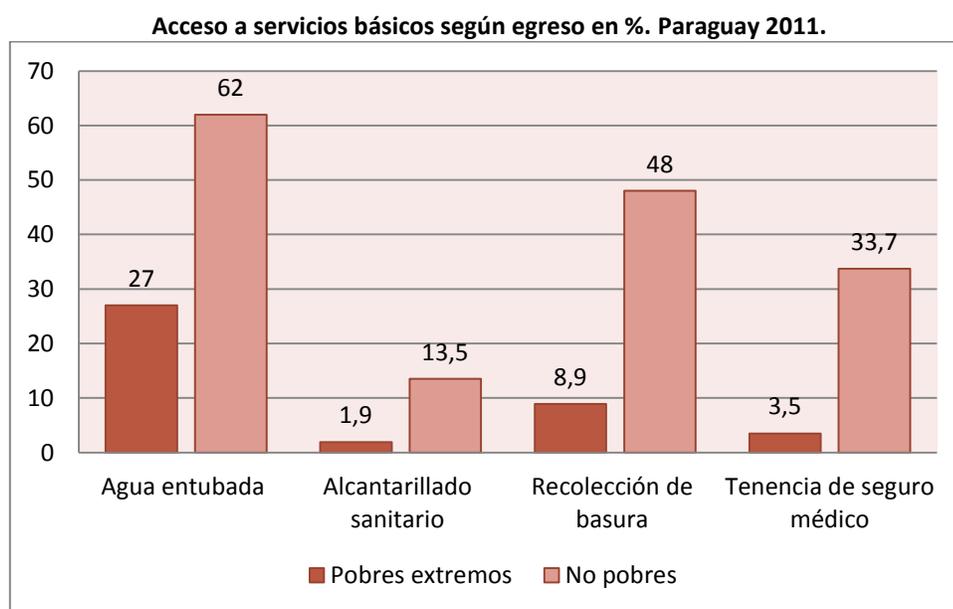
población) y más de 1.1 millones de estas personas viven en situación de pobreza extrema.

Ser pobre condiciona el acceso a servicios básicos como agua potable, alcantarillado sanitario, recolección de basura, servicios médicos y educación, entre otros. Al mismo tiempo son los pobres quienes concentran la mayor carga sanitaria de muchas enfermedades generando un gran impacto proporcional en la economía de sus hogares incluso ante eventos no complejos. Este hecho empuja a muchas personas cada año bajo la línea de la pobreza o impiden a muchas familias a poder salir de esta situación.

Pero la falta de acceso a servicios básicos también afecta a la población no pobre en otros gradientes sociales. Por ejemplo, sólo el 41% de la población del país tiene un servicio de recolección de basura ya sea pública o privada. Pero la situación es peor en las áreas rurales donde apenas el 6,4% tiene este servicio en tanto que las personas en el quintil de menor ingreso solo el 8,9% acceden a los servicios de recolección de basura. Contradictoriamente a la gran cantidad de agua dulce disponible en el país, apenas el 54% de los hogares posee agua entubada ya sea proveniente de la ESSAP o del SENASA. Sólo el 40% de los hogares rurales y el 43% de los hogares en el quintil de menor ingreso pose este servicio. Los demás utilizan redes comunitarias, algún proveedor privado, pozos artesianos u otras fuentes. El déficit más notable está en el sistema de saneamiento ya que 90% de la población no tiene red de alcantarillado sanitario, siendo menor el acceso de la población más pobre y las que viven en áreas rurales (DGEEC, EPH 2011). El gradiente de acceso que señalan las brechas de equidad es aún más intenso cuando se estudian estos aspectos en la población indígena del país.

En la actualidad existen una serie de programas de gobierno que forman parte de un sistema de protección social que busca mitigar estos problemas. Sin embargo no se ha logrado desarrollar las herramientas ni

los mecanismos institucionales para establecer una coordinación efectiva, destinar los recursos suficientes e implementar acciones simultáneas a gran escala para actuar de manera contundente. Construir un sistema de gobernanza único y actuar por medio de una gestión social de territorios buscando resultados concretos deben ser componentes fundamentales de las políticas de desarrollo económico, social y del sector salud.



Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2009 y 2011. Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos.

Es posible sostener, con argumentos fundados, que una política de intervención a gran escala para proveer agua potable, saneamiento con plantas de tratamiento así como servicios de recolección de basura con un sistema de disposición final (sobre todo de residuos sólidos) generará un impacto notorio en la salud de la población. El acceso simultáneo a estos servicios constituye la medida de salud pública más efectiva para el Paraguay y es al mismo tiempo el área de oportunidad más importante para hacer coincidir la política de salud con la política de inversión y desarrollo a nivel Nacional. El diseño e implementación de

un *Plan de Inversiones para territorios saludables* con un fondo específico que movilice recursos nacionales, departamentales y municipales es una herramienta factible para revertir el lento progreso hacia el acceso a estos servicios básicos¹⁰.

¹⁰ El financiamiento externo para aumentar la cobertura de acceso a agua potable y saneamiento no ha logrado aportar una reducción de la burocracia y mayor contundencia en los resultados. En varias ocasiones se ha puesto en la mesa de discusión del Ministerio de Salud la necesidad de reorientar el financiamiento de estos proyectos con fondos nacionales ya que se ha considerado que la burocracia gubernamental es de menor envergadura y al mismo tiempo se estaría dando un mensaje de mayor compromiso para reducir estas brechas por parte del Estado.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La última encuesta de salud sexual y reproductiva en Paraguay fue publicada en octubre del 2009 por el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Los datos fueron recabados durante el 2008.

A continuación se exponen los datos más relevantes de esta encuesta así como datos reportados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en los denominados indicadores básicos de salud que corresponden al año 2011 (publicados en el 2013).

Fecundidad

Existe una clara tendencia a la disminución de la tasa global de fecundidad (TGF) en Paraguay. En 1990 la TGF era 4,6 hijos por mujer y para el 2008 de 2,5 hijos por mujer. Existen diferencias asociadas a determinantes sociales: por ejemplo las mujeres del área rural tienen 3 hijos y las del área urbana 2,2 hijos; las que tienen menos de 5 años de estudio 3,6 hijos y las que tienen 12 y más años de estudio 2 hijos; las que solo hablan guaraní 3,3 hijos mientras que las que hablan sólo español 2,2 hijos; las de muy bajo nivel socioeconómico 4,1 hijos y las de muy alto 1,5 hijos por mujer (ENDSSR 2008).

Paraguay: Tasa global de fecundidad según características seleccionadas.

	total	rural	urbano	< 5 años de educ	≥ 12 años de educ	NSE muy bajo	NSE muy alto	Habla guaraní	Habla español
TGF HIJOS POR MUJER	2,5	3	2,2	3,6	2,0	4,1	1,5	3,3	2,2

Fuente: CEPEP. ENDSSR 2008

Según los indicadores básicos de salud correspondientes al 2011 la TGF de Paraguay estimada es de 2,9 hijos por mujer.

La mediana de edad para la primera relación sexual es de 18,2 años, para la primera unión de 21,8 años y para el primer nacimiento de 22, 5

años. Las mujeres del área rural y con un nivel de educación más bajo tienen medianas con edades menores a las que viven en áreas urbanas y tienen mayor educación. 7% de las mujeres reportan que han tenido relaciones sexuales antes de los 15 años y el 44% antes de los 18 años. El 18% refiere que su primera unión fue antes de los 18 años el 13 % que han tenido algún nacimiento antes de cumplir esa edad. Entre las adolescentes encuestadas, de 15 a 19 años, el 38,6% mencionó haber tenido relaciones sexuales, porcentaje que aumenta a 87,7% entre las adultas jóvenes, de 20 a 24 años (ENDSSR 2008).

Otro aspecto interesante a considerar es la intención reproductiva de la madre en relación a los nacimientos ocurridos. Según los datos de la ENDSSR 2008, sólo el 69,1% de las madres deseaba en ese momento tener un hijo, el 23,6% quería esperar y el 7,3% no quería tener más hijos. La proporción de mujeres que ya no querían tener más hijos es mayor para las mujeres que viven en áreas urbanas, que tienen menor educación y menor nivel socioeconómico (ENDSSR 2008).

Planificación Familiar

En general, las mujeres entre 15 y 44 años de edad conocen los distintos métodos anticonceptivos. 99% conoce el condón, 98% la píldora, 97% los anticonceptivos inyectables, 90% la esterilización femenina y el 88% el DIU. Los métodos menos conocidos son el parche, la vasectomía y métodos vaginales que se encuentran entre 21% y 53% de conocimiento por parte de las mujeres. Más del 76% reconoce el método del ritmo y de retiro y un 83% refiere conocer yuyos anticonceptivos. Sólo 5 de cada 10 mujeres utiliza la abstinencia de manera correcta, lo cual indica un bajo conocimiento sobre el periodo fértil (ENDSSR 2008).

Entre las mujeres casadas o unidas encuestadas, el 79% refiere que actualmente usa algún método anticonceptivo, corroborándose un incremento progresivo de esta prevalencia en los últimos 20 años. El 71% refiere que utiliza métodos anticonceptivos modernos y el 8%

métodos tradicionales. Actualmente no existen diferencias entre mujeres urbanas y rurales en cuanto a la prevalencia de utilización de métodos anticonceptivos en este grupo de mujeres. Los métodos modernos más utilizados entre las mujeres encuestadas casadas o unidas son: la píldora 18%, el DIU 12,3%, condón 13,2% y esterilización 9,9%. Actualmente es el sector público la principal fuente de provisión de anticonceptivos (ENDSSR 2008).

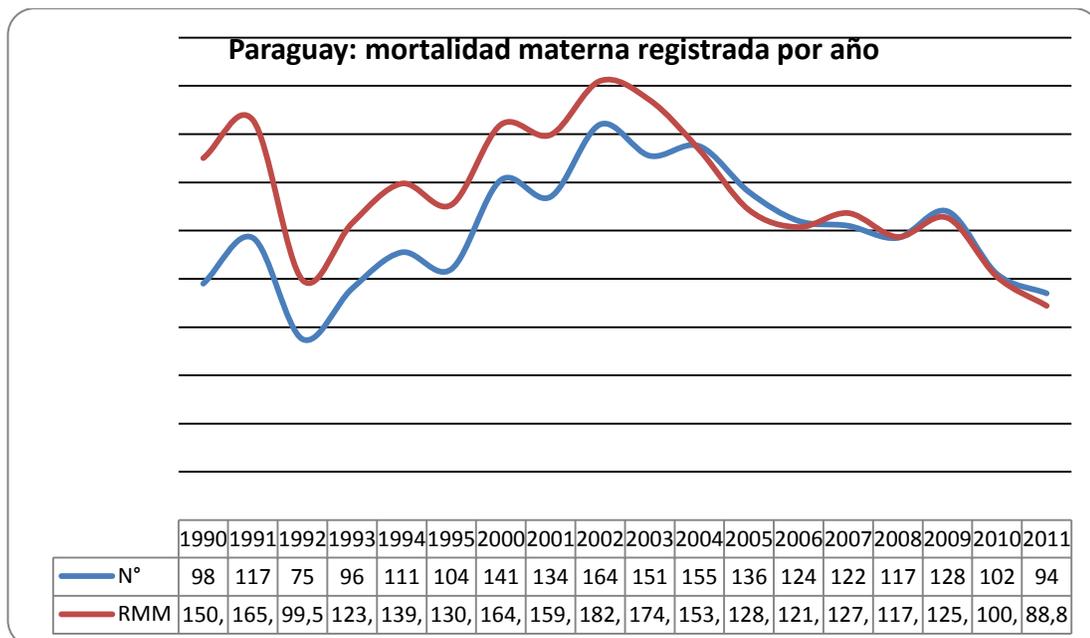
De cada 10 mujeres de 15 a 44 años que no usan anticonceptivos, 8 no lo hacen por razones relacionadas al embarazo, fertilidad y actividad sexual, es decir, porque están embarazadas, desean embarazarse o no tienen relaciones sexuales. 5% no los utiliza por razones de salud, 2% porque no les gusta, 2% por temor a efectos colaterales y el 1% ya sea porque tiene dificultad de acceso, la pareja se opone o por motivos religiosos (ENDSSR 2008).

Desde el 2006 el financiamiento para la provisión de anticonceptivos está garantizado por ley tanto en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como en el Instituto de Previsión Social (Ley 2907/06).

Por otra parte sigue vigente el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009 2013 que desde un enfoque de derechos a la salud y a la salud sexual y reproductiva aborda los aspectos más relevantes para una maternidad segura, planificación familiar, prevención del VIH o tras infecciones de transmisión sexual incluyendo un enfoque especial para niños y adolescentes y para personas en situación de violencia.

MORTALIDAD MATERNA

Entre el 2000 y el 2011 la Razón de Mortalidad Materna (RMM) registrada en Paraguay descendió de 164 a 88,8 muertes por 100 mil nacidos vivos. Este descenso de más del 45% es sin dudas significativo pero aún insuficiente para llegar a la meta de reducirla a 37,5 por 100 mil nacidos vivos para el 2015.



Fuente: MSPBS Indicadores de mortalidad 2011

Aproximadamente cada 4 días se produce una muerte materna en Paraguay. Casi todas ellas son evitables.

En el 2011 se registraron 94 muertes maternas en las 18 regiones sanitarias en las que se divide el país. En 6 regiones se produjeron el 68% de estas muertes (Central, Alto Paraná, San Pedro, Caaguazú, Asunción e Itapúa, en orden decreciente).

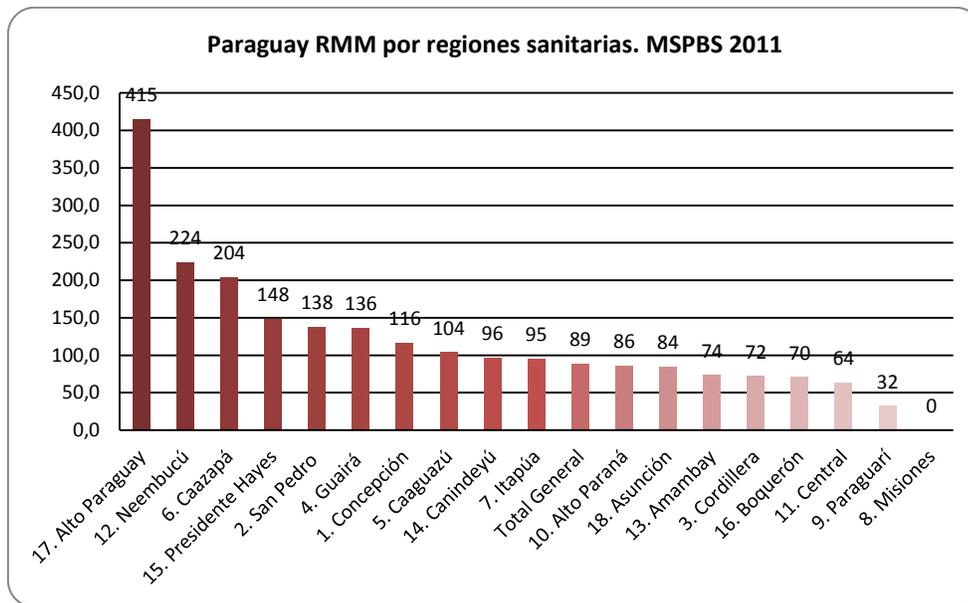
Paraguay: Muertes maternas registradas por regiones sanitarias ordenadas por número decreciente de ocurrencia en el 2011

Reg Sanit	Pob	Nac vivos	Nº MM	RMM
Central	2.068.066	31.359	20	63,8
Alto Paraná	753.658	13.957	12	86,0
San Pedro	357.251	6.513	9	138,2
Caaguazú	476.386	7.690	8	104,0
Asunción	518.225	9.480	8	84,4
Itapúa	535.512	7.365	7	95,0
Concepción	190.464	4.297	5	116,4
Caazapá	151.288	2.450	5	204,1
Guairá	197.030	2.936	4	136,2
Cordillera	276.945	4.166	3	72,0
Canindeyú	188.067	3.111	3	96,4
Presidente Hayes	103.436	2.024	3	148,2
Neembucú	83.833	893	2	224,0
Amambay	125.341	2.720	2	73,5
Paraguarí	239.576	3.103	1	32,2
Boquerón	57.752	1.420	1	70,4
Alto Paraguay	11.339	241	1	414,9
Misiones	116.953	1.851	0	0,0
Total	6.451.122	105.576	94	89,0

Fuente: MSPBS indicadores de mortalidad 2011.

Si se analizan las razones de mortalidad materna por región sanitaria se evidencia una asimetría marcada en un rango comprendido entre 0 y 414,9 muertes por 100 mil nacidos vivos. La RMM más alta corresponde a Alto Paraguay, una región sanitaria chaqueña donde se registraron 241 nacidos vivos y muerte materna ese mismo año. En cambio en Misiones se registraron 1851 nacidos vivos y ninguna muerte materna.

Las principales causas de mortalidad materna son prevenibles. El aborto es la primera causa y representa el 22% de las muertes maternas registradas en el 2011. Ésta junto con la toxemia y las hemorragias representan el 62% de las muertes registradas, en tanto que la sepsis es causa del 2% de las muertes maternas. Las demás causas se reportan como otras complicaciones.



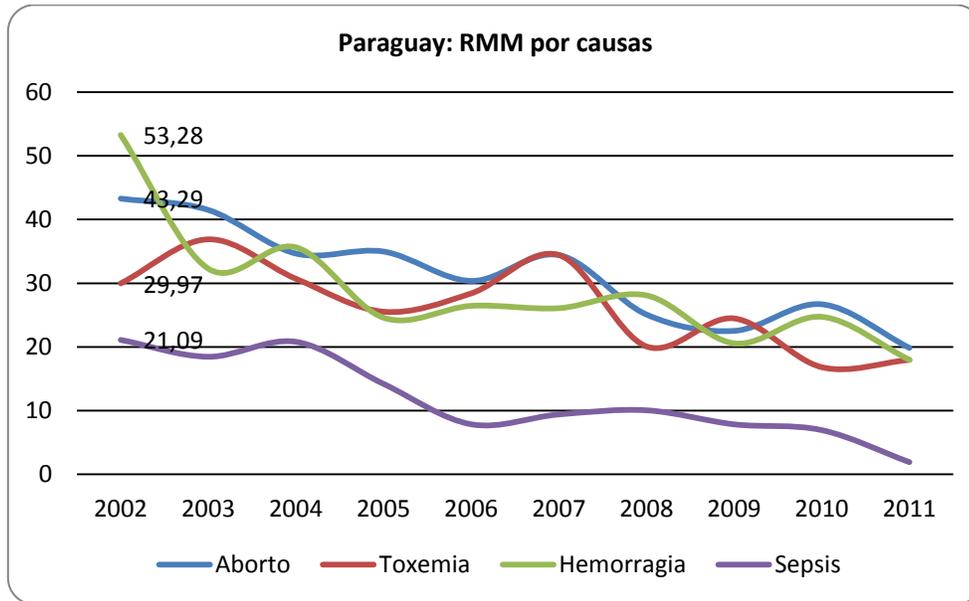
Fuente: MSPBS Indicadores de Mortalidad 2011

Las muertes por aborto se registraron en 9 de las 18 regiones sanitarias. El 67% se registró en 4 regiones: Central, Alto Paraná, Itapúa y San Pedro. En Central es donde se registró la mayor cantidad, con 5 de las 21 defunciones causadas por aborto.

Las muertes por toxemia se registraron en 10 de las 18 regiones sanitarias totalizando 19 defunciones. Las regiones sanitarias de Central y San Pedro registran la mayor cantidad con 3 defunciones por toxemia cada una, seguidos por Concepción, Caazapá, Caaguazú, Alto Paraná y Pte. Hayes con 2 defunciones cada una. Cordillera, Itapúa y Alto Paraguay registran 1 defunción cada una por esta causa.

Las defunciones registradas por hemorragia también son 19 y también se registraron en 9 regiones sanitarias. Central es la región con mayor registro con 4 defunciones, seguida por San Pedro, Caaguazú y Alto Paraná con 3 defunciones cada una. Asunción registró 2 defunciones por hemorragia mientras que Guairá, Ñeembucú, Canindeyú y Amambay 1 defunción cada una.

Ese mismo año se registró 2 defunciones por sepsis, en Asunción y Caaguazú.



Fuente: MSPBS Indicadores de Mortalidad 2011

En el 2011, el 88% de las muertes maternas ocurrieron en mujeres menores de 40 años, 53% en menores de 30 años y el 15% en menores de 20 años.

MORTALIDAD EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Primera Infancia

En Paraguay, de cada 10 muertes antes del primer año de vida, 7 ocurren en el primer mes, 6 en la primera semana y 3 en el primer día.

Es importante destacar que alrededor del 6% de los nacidos vivos tienen un peso menor a 2500 gramos y el 1% nace con menos de 1500 gramos. Por otra parte, 3 de cada 10 mujeres que acuden a su control prenatal en el MSPBS presentan desnutrición. Entre el 60 al 80% de las defunciones neonatales se asocian de alguna manera con el bajo peso al nacer.

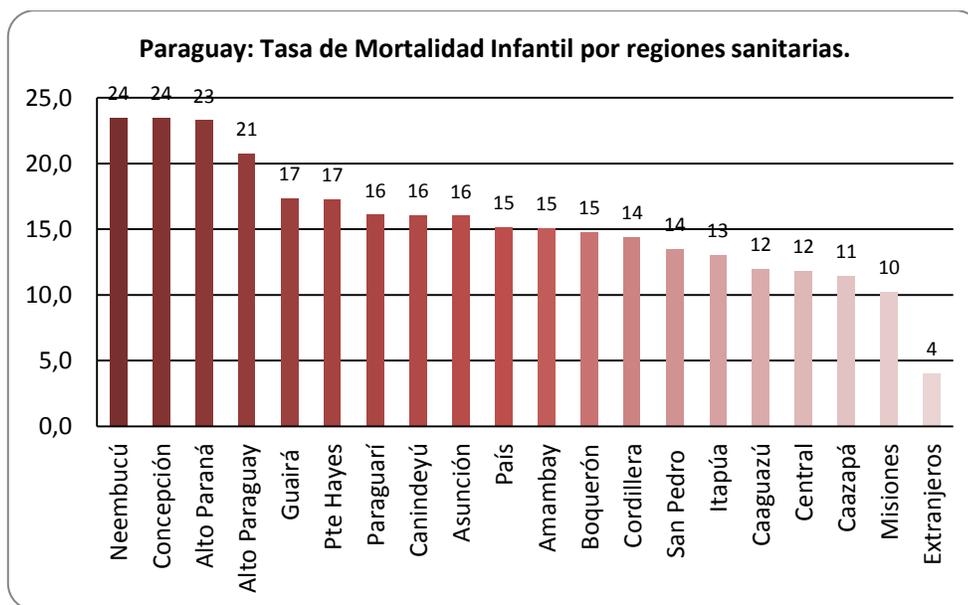
En el 2011 las tasas de mortalidad registradas neonatal, post neonatal, infantil y en menores de 5 años, por mil nacidos vivos, fue de 11, 4, 15 y 17 defunciones respectivamente.

En 6 regiones sanitarias se registraron el 70% de las defunciones neonatales, correspondiendo las cifras más altas a Central y Alto Paraná. Las tasas más altas se registran en Concepción, Ñeembucú, y Alto Paraná, mientras que las más bajas en Misiones, Caazapá y Caaguazú. De las 1182 defunciones neonatales registradas el 45% se debieron a lesiones debidas al parto, 24% a malformaciones congénitas, 12% a infecciones del recién nacido, 8% a prematuridad y las demás a otras causas. Según los registros la mortalidad neonatal se modificó muy poco en 10 años pasando de 11,7 a 11,2 por mil nacidos vivos entre el 2002 y el 2011.

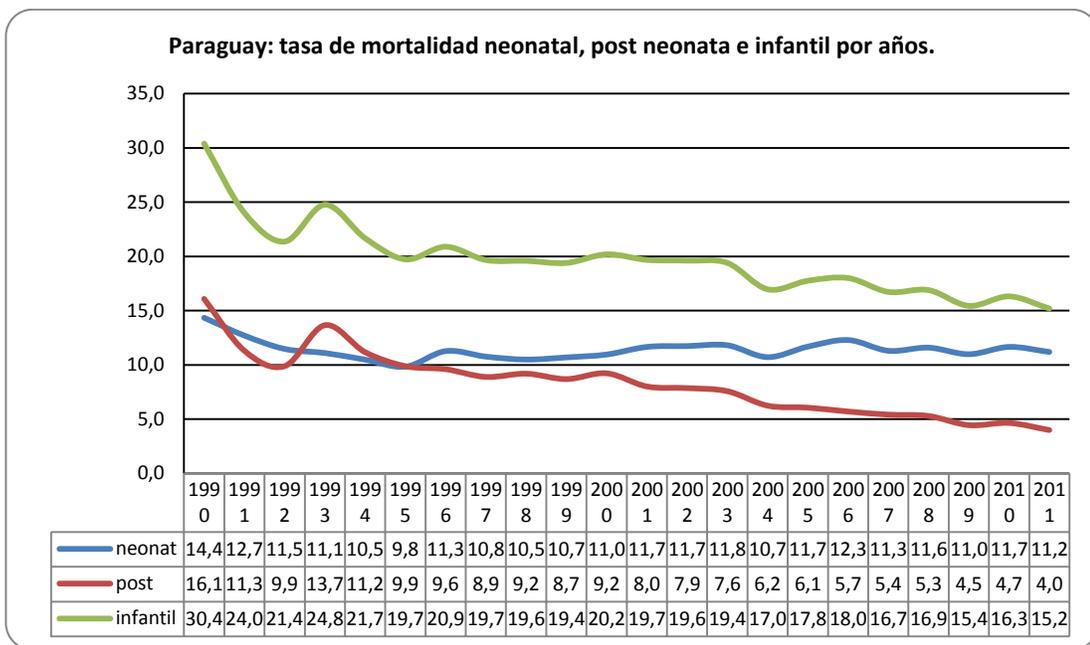
En el 2011 las muertes post neonatales registradas fueron 425. El 23% fueron causadas por malformaciones congénitas, 13% por neumonía e influenza, 9% por infecciones del recién nacido y septicemia, 6% por diarreas, 6% por lesiones debidas al parto, 6% por enfermedades nutricionales y anemias, 2% por meningitis y las demás por otras causas. En Central y Alto Paraná se produce el mayor número de defunciones

post neonatales. Las tasas más altas corresponden a Presidente Hayes, Alto Paraná y Paraguarí. En 10 años, entre el 2002 y el 2011, la tasa pasó de 7,9 a 4 defunciones por mil nacidos vivos.

De las 1607 defunciones infantiles registradas en el 2011, 35% fueron causadas por lesiones debidas al parto, 24% por malformaciones congénitas, 11% por infecciones del recién nacido y septicemia, 6% por prematuridad, 3% por neumonías e influenza, 2% por diarreas y 2% por enfermedades nutricionales y anemias. Las demás se deben a otras causas. El mayor número de defunciones se concentran en Central y Alto Paraná y las tasas más altas corresponden a Ñeembucú, Alto Paraná y Concepción. Entre el 2002 y el 2011 la tasa de mortalidad infantil registrada pasó de 19,6 a 15,2 defunciones por mil nacidos vivos.



Fuente; MSPBS. Indicadores de Mortalidad 2011.



Fuente; MSPBS. Indicadores de Mortalidad 2011.

Los registros de defunciones de 1 a 4 años fueron de 249 para el 2011. La tasa de mortalidad para este grupo de edad fue de 42,1 por 100 mil habitantes de 1 a 4 años. El 25% de estas muertes se deben a causas externas, 12% a neumonía e influenza, 10% a malformaciones congénitas, 8% a tumores, 6% a enfermedades nutricionales y anemias, 3% a diarreas, 3% a septicemia y 2% a meningitis. Las demás se deben a otras causas. El 40% de las muertes en este grupo de edad se registraron en Central y Alto Paraná.

Para el mismo año la tasa de mortalidad de menores de 5 años fue de 17,5 por mil nacidos vivos, correspondiendo a 1856 defunciones registradas.

Escolares

En el 2011 se registraron 149 defunciones de personas de 5 a 9 años de edad correspondiendo a una tasa de 20,5 por 100 mil habitantes de 5 a 9 años. Entre las causas, el 21% fueron por causas externas, 19% por tumores, 12% por malformaciones congénitas, 7% por enfermedades respiratorias, 4% por enfermedades del sistema circulatorio, 3% por septicemia, 3% por diarrea, 3% por meningitis, 1% por enfermedades nutricionales y anemias. El resto ocurrieron por otras causas.

Adolescentes

En el 2011 se registraron 744 defunciones de adolescentes correspondiendo a una tasa de mortalidad de 53,6 por 100 mil habitantes de 10 a 19 años. El 60% se produjeron por causas externas, el 8% por tumores, 3% por enfermedades del sistema circulatorio, 2% por enfermedades congénitas, 2% por septicemia, 2% por embarazo parto y puerperio, 2% por neumonía e influenza y las demás por otras causas.

Entre el 2002 y el 2010 el número de adolescentes fallecidos se incrementó 41%. Pero al analizar por grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años se verifica que en el primero el incremento fue 27% mientras que para el segundo grupo el incremento fue 48%. Este fenómeno se debe por sobre todo a la ocurrencia de accidentes de tránsito.

GARANTÍAS DE SALUD PARA LA MATERNIDAD, LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Constitución Nacional

Promulgada en 1992, a dos años de la caída del régimen dictatorial que gobernó por 35 años la República.

El artículo 4 establece que “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción...”.

El artículo 6 establece que “La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad...”.

El artículo 7 establece que “Toda persona tiene derecho a habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado...”.

El artículo 25 establece que “Toda persona tiene el derecho a la libre expresión de su personalidad, a la creatividad y a la formación de su propia identidad e imagen...”.

El artículo 46 establece que “Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien. Las protecciones que se establezcan sobre desigualdades injustas no serán consideradas como factores discriminatorios sino igualitarios”.

El artículo 54 establece que “La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar al niño su desarrollo armónico e integral, así como el ejercicio pleno de sus derechos protegiéndolo contra el abandono, la desnutrición, la violencia, el abuso, el tráfico y la explotación. Cualquier persona puede exigir a la autoridad competente

el cumplimiento de tales garantías y la sanción de los infractores. Los derechos del niño, en caso de conflicto, tienen carácter prevaleciente”.

El artículo 55 establece que “La maternidad y la paternidad responsables serán protegidas por el Estado, el cual fomentará la creación de instituciones necesarias para dichos fines”.

El artículo 58 establece que “Se garantizará a las personas excepcionales la atención de su salud, de su educación, de su recreación y de su formación profesional para una plena integración social...”

El artículo 60 establece que “El Estado promoverá políticas que tengan por objeto evitar la violencia en el ámbito familiar y otras causas destructoras de su solidaridad”.

El artículo 61 establece que “El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y salud materno infantil para la población de escasos recursos”.

El artículo 68 establece que “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

El artículo 69 establece que “Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten

la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”.

El artículo 72 establece que “El Estado velará por el control de la calidad de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización. Asimismo facilitará el acceso de factores de escasos recursos a los medicamentos considerados esenciales”.

El código de la niñez y adolescencia

Este código fue aprobado por medio de la ley 1680 en año 2001 para dar cumplimiento a la Constitución Nacional y a la Convención sobre los derechos del niño ratificada por Paraguay en 1990.

Por medio de este código se establece que toda medida que se adopte respecto a niños y adolescentes deberá estar fundada en su interés superior.

Los padres o encargados referidos en el Código Civil tienen la obligación de garantizar el desarrollo armónico e integral de los niños y adolescentes y protegerlos contra el abandono, la desnutrición, el abuso y la violencia. Cuando esta obligación no fuera cumplida el Estado está obligado a cumplirla.

La protección de las personas desde su nacimiento está garantizada y se ejerce por medio de la atención de la embarazada desde la concepción hasta los 45 días después del nacimiento. Según el código es responsabilidad del Estado atender a las embarazadas proveyendo alimentación, alojamiento y medicamentos necesarios. Se promueve la lactancia materna.

Se establece expresamente que cualquier embarazada que precise atención urgente deberá ser atendida en la institución de salud más

cercana y que la insolvencia de esta, la falta de cama de otros medios no podrá ser invocada por la institución de salud para rechazar o referir sin antes recibir el tratamiento de emergencia inicial.

En ningún caso la falta de pago por servicios médicos puede ameritar la retención del niño o de la madre en el centro hospitalario.

Los artículos 13 al 17 hacen mención expresa sobre el derecho a la salud del niño y adolescente, del derecho a la salud sexual y reproductiva, de los programas de salud, del derecho a la protección contra sustancias dañinas como el tabaco y el alcohol y aspectos relacionados a las intervenciones quirúrgicas.

En este sentido se establece que:

- “El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros.
- En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón.
- El Estado, con la activa participación de la sociedad y especialmente la de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud y educación sexual integral del niño y del adolescente, que tiene derecho a ser informado y educado de

acuerdo con su desarrollo, a su cultura y valores familiares. Los servicios y programas para adolescentes deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad respetando el derecho y la obligación de los padres o tutores.

- El Estado proveerá gratuitamente asistencia médica y odontológica, las medicinas, prótesis y otros elementos necesarios para el tratamiento, habilitación o rehabilitación del niño o adolescente de escasos recursos económicos.
- El Estado implementará programas permanentes de prevención del uso ilícito del tabaco, bebidas alcohólicas y sustancias estupefacientes o sicotrópicas. Implementará igualmente programas dirigidos a la recuperación del niño o adolescente dependientes de éstas sustancias.
- Las Instituciones de Salud públicas o privadas requerirán la correspondiente autorización de los padres, tutores o responsables cuando deban hospitalizar, intervenir quirúrgicamente o aplicar los tratamientos necesarios para preservar la vida o integridad del niño o adolescente. En caso de oposición del padre, la madre, los tutores o responsables por razones de índole cultural o religiosa, o en caso de ausencia de éstos, el profesional médico requerirá autorización judicial. Excepcionalmente, cuando un niño o adolescente deba ser intervenido quirúrgicamente de urgencia por hallarse en peligro de muerte, el profesional médico estará obligado a proceder como la ciencia lo indique, debiendo comunicar esta decisión al Juez de la Niñez y la Adolescencia de manera inmediata”.

Por medio de esta ley se crea “el Sistema Nacional de Protección y Promoción Integral a la Niñez y para la ejecución de la política nacional destinada a garantizar la plena vigencia de los derechos del niño y del adolescente. El Sistema regulará e integrará los programas y acciones a nivel nacional, departamental y municipal”.

Ley del Sistema Nacional de Salud

La ley 1032 de 1996 crea el Sistema Nacional de Salud en “cumplimiento de una política Nacional de salud que posibilite la vigencia del pleno derecho a la salud de toda la población, con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector salud”.

Explícitamente establece que: “El Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo” y que “tendrá como pilar básico, el concepto científico de atención integral de la salud, que armoniza como un todo, las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad”.

Así mismo define que implementará “Estrategias y programas de atención primaria de la salud, como base fundamental de extensión de cobertura a toda la población urbana y rural”.

Esta ley crea los consejos locales y regionales de salud, como mecanismo de participación en el sector y como articulador del sistema en el marco de un proceso de descentralización.

Ley de gratuidad de aranceles en el Ministerio de Salud

La ley 5099 “de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social” establece la eliminación de aranceles para los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en estas dependencias.

Establece también la provisión gratuita de medicamentos incluidos en el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales y otros insumos que se encuentren disponibles.

Dispone que deba definirse un conjunto integral de prestaciones para hombres y mujeres de todas las edades, los cuales deberán proveerse por medio de una red de servicios basados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Establece que la aplicación de esta ley será progresiva.

Ley sobre kit de partos y anticonceptivos

La ley 2907 aprobada en el 2005 “ de aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de parto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social” establece que por medio del Presupuesto General de la Nación se proveerán los recursos necesarios para que las mujeres accedan a un kit de parto y a los insumos para la planificación familiar. El alcance es tanto para el Ministerio de Salud Pública como para el IPS.

En el 2011 una modificación por medio de la ley 4313 se autoriza la compra de anticonceptivos por medio de agencias internacionales.

Ley del Test del piecito

La ley 2138/2003 “Que Crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental Producido por el Hipotiroidismo Congénito y de Fenilcetonuria” establece la gratuidad y obligatoriedad de la realización de esta prueba.

La cobertura del programa es progresiva y los test son producidos por el propio programa, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Ley sobre inmunizaciones

Actualmente está vigente la ley 4621, ley Nacional de Vacunas, aprobada en el 2012, cuyo objeto es garantizar la protección de todos los habitantes contra las enfermedades inmuno prevenibles por medio de esquemas regulares y especiales de vacunación definidos por Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La ley garantiza el financiamiento para la compra de vacunas, insumos necesarios así como para la logística adecuada para alcanzar una cobertura nacional con provisión gratuita de las mismas.

Se establece la obligatoriedad de las inmunizaciones, determinando que los padres o quienes tengan la custodia de menores serán los responsables para el cumplimiento de esta obligación.

La ley 4769 establece la incorporación al programa ampliado de inmunizaciones las vacunas contra el neumococo, varicela y hepatitis A.

La ley 1474 incorpora al programa la vacuna contra el virus del papiloma humano.

Ley de garantía nutricional en la primera infancia

Esta ley (4698/12) fue aprobada en agosto del 2012.

Tiene por objeto garantizar la prevención, asistencia y control de la desnutrición de todos los niños y niñas menores de cinco años de edad así como de las mujeres embarazadas a partir del tercer mes de gestación hasta los primeros seis meses después del parto, que se encuentren en situación de pobreza, bajo peso, desnutrición o cualquier otra situación de vulnerabilidad nutricional.

Para dar cumplimiento a la ley crea el Programa Alimentario Nutricional (PANI) a cargo del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN). Este programa debe proveer de manera gratuita un complemento nutricional así como asistencia al entorno familiar.

La ley establece la garantía de su financiamiento con recursos provenientes del Tesoro Nacional.

Ley de complemento nutricional en las escuelas

La ley 1443 de 1999 “que crea el sistema de complemento nutricional y control sanitario en las escuelas” establece que los escolares deberán recibir leche enriquecida, un alimento sólido rico en proteínas con refuerzo de vitaminas A y D, hierro y yodo. Además deben recibir prevención de caries por medio de fluorización, desparasitación, control de peso y talla, corrección de problemas de la visión, agua potable, baños higiénicos, educación para la salud así como también asistencia médica y odontológica.

Las Gobernaciones tienen a su cargo el programa de complemento nutricional en tanto que el Ministerio de salud el de control sanitario.

Ley de VIH

La ley 3940 aprobada en el 2009 establece que las pruebas para diagnóstico de VIH deben ser voluntarias, confidenciales y gratuitas. Se establece también la consejería y la notificación de manera obligatoria.

Reconoce como estrategia central para la prevención la educación de manera coordinada entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud.

Establece que todas las personas que viven con el VIH tienen derecho a recibir una atención integral sin discriminación alguna.

El Ministerio de Salud, por medio del PRONASIDA debe garantizar el acceso a la información y a los insumos necesarios.

Referencias

- Centro Paraguayo de Estudios de Población. (2008). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Informe final. Paraguay.
- Convención Nacional Constituyente. (1992). Constitución Nacional. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos. (2010). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay.
- Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos. (2011). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay.
- Dirección General de Encuestas Estadísticas y Censos. (2012). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay.
- Frenk, J. (1993). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. . México DF, México: Fondo de Cultura Económica.
- Giménez Caballero, E. D. (2013). *Hacia un Sistema de Salud con Garantías*. Asunción: INSTITUTO DESARROLLO.
- Giménez Caballero, E.D. (2012) Introducción al sector salud del Paraguay. Bases conceptuales y metodológicas para el debate sectorial. INSTITUTO DESARROLLO. Asunción, Paraguay.
- Giménez Caballero, E.D. (2012) Del enfoque de derechos a la cobertura universal con garantías explícitas en salud. INSTITUTO DESARROLLO. Asunción, Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2009). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2010). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2012). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2013). Indicadores Básicos de Salud. Paraguay.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Bioestadística. (2011). Indicadores de Mortalidad. Paraguay.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Bioestadística. (s.f.).
Indicadores de Mortalidad 2010. Paraguay.
- Poder Legislativo. (1999). Ley de 1443 QUE CREA EL SISTEMA DE COMPLEMENTO
NUTRICIONAL Y CONTROL SANITARIO EN LAS ESCUELAS. Paraguay: Archivo de la
Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2001). Ley 1680 CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. Paraguay:
Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2003). Ley 2138 Que Crea el Programa de Prevención de la Fibrosis
Quística y del Retardo Mental Producido por el Hipotiroidismo Congénito y de
Fenilcetonuria. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de
Diputados.
- Poder Legislativo. (2006). Ley 2907 DE ASEGURAMIENTO PRESUPUESTARIO DE LOS
PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y DE APROVISIONAMIENTO DEL KIT DE
PARTO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. Paraguay: Archivo
de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2009). Ley 3940. Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la
Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2011). Ley 4313 QUE MODIFICA LA LEY 2907. Paraguay: Archivo de la
Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2011). Ley 4621 NACIONAL DE VACUNAS. Paraguay: Archivo de la
Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2011). Ley 4744 QUE INCORPORA AL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIALA
VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. Paraguay: Archivo de la
Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2012). Ley 4698 DE GARANTIA NUTRICIONAL EN LA PRIMERA INFANCIA.
Paraguay: Archivo de la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Poder Legislativo. (2012). Ley 4769 DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA AMPLIADO DE
INMUNIZACIONES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL DE LAS
VACUNAS CONTRA EL NEUMOCOCO, VARICELA Y HEPATITIS A. Paraguay: Archivo de
la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Diputados.
- Tobar, F. (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. *Medicina y Sociedad*.

UNICEF. (2013). *Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay*. Asunción: UNICEF PARAGUAY.