

Sistema de Salud de Paraguay

Julia Noemí Mancuello Alum¹ y María Stella Cabral de Bejarano²

RESUMEN

En este trabajo se describen las condiciones de salud de los paraguayos y, con mayor detalle, el Sistema Nacional de Salud del Paraguay, creado en virtud de la Ley 1032 de 1996. Se aborda en detalle su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, el monto y distribución del gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, y las actividades de rectoría que desarrolla el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. También se discuten la descentralización y participación de los ciudadanos en la operación y evaluación del sistema de salud.

Palabras clave: Sistema de salud paraguayo de salud, descentralización de los servicios de salud, Ley de Salud 1032/96

Paraguayan health system

ABSTRACT

This paper discusses the health conditions in Paraguay and, in more detail, the characteristics of the Paraguayan health system, including its structure and coverage, its financial sources, the health and distribution of health expenditure, the physical, material and human resources available, and the stewardship functions developed by the Ministry of Public Health and Social Wellbeing. It also describes the participation of citizens in the operation and evaluation of the health system and the most recent health policy innovations implemented in Paraguay, including the approval of the Health Law (1032/96), which creates the National Health System, and the process of decentralization of health services.

Keywords: Paraguayan health system, decentralization of health services, Health Law 1032/96

¹ Médica especialista en Ginecología y Obstetricia, Maestría en Salud Pública. Gerente en Salud Sexual y Reproductiva, Docente Universitaria, Coordinadora de Cursos de Post Grado del Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud de Paraguay

² Médica especializada en Pediatría y Epidemiología, Maestría en Políticas y Gestión de Salud y Salud Pública. Docente. Investigación en Sistema y Servicios de Salud. Directora, Dirección de Investigación y Estudios Estratégicos. Ministerio de Salud de Paraguay

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud del Paraguay comprende los sub sectores, público y el privado. El subsector público está representado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú e Yacyretá.

El Sistema de Salud del Paraguay (Ley 1032/96), mantiene un modelo fragmentado y segmentado, por sus características desde su origen será difícil lograr un sistema único, pero si ha sido reorientado desde la década de los noventa hacia un modelo mas funcional y desde 2008, hacia un “Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de Salud”,

incorporando ejes estratégicos basados en la creación e implementación de Unidades de Salud de la Familia, en territorios sociales definidos, a cargo de equipos multidisciplinares integrados por médicos generalistas o especialistas en medicina familiar, una enfermera, auxiliares de enfermería, y agentes comunitarios, así como equipos odontológicos trabajando de cerca con las comunidades con enfoque de derechos, eficiencia y equidad en un contexto social que respeta la interculturalidad, y promueve políticas integradas, para mejorar los determinantes y condicionantes vinculados a la calidad de vida y salud, para lo cual se articula con otras instancias gubernamentales, a través del Gabinete Social y otras instituciones.

El desempeño del Sistema de Salud del Paraguay, se refleja en sus indicadores, y las tendencias demuestran cambios alentadores.

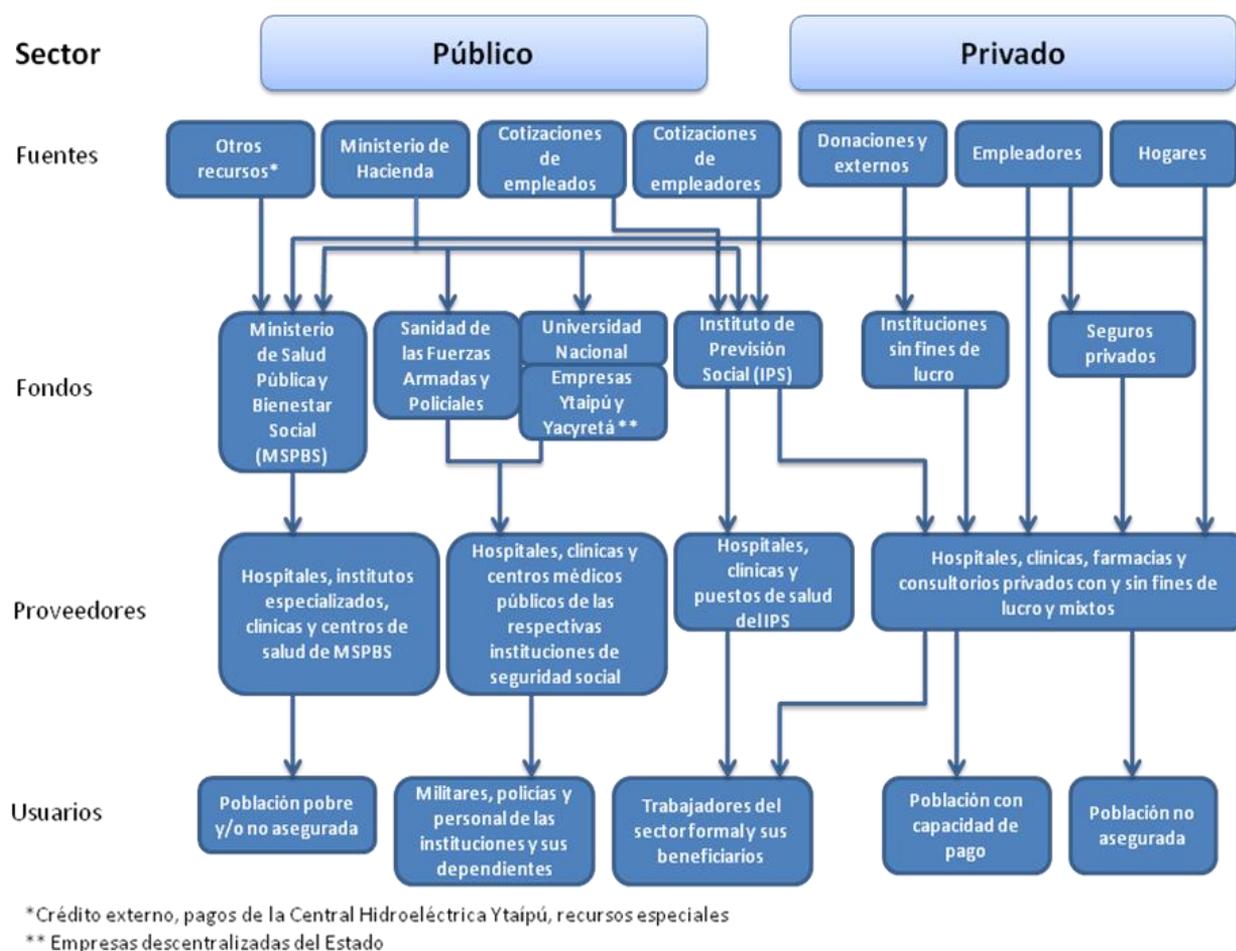


Figura 1. Sistema de Salud de Paraguay. Fuentes de Financiamiento

Contexto

Demografía

La población estimada para 2009 según la Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos del Paraguay es de 6.340.639, 49,45 % de mujeres (3.135.767) 50,3 % de hombres (3.204.871)⁽¹⁾.

Según World Population Prospects para 2010 Paraguay llega a 6.460.000 habitantes⁽²⁾.

El 60,3% de la población total es urbana, y 36 % concentrada en la Capital y departamento Central 1,7% de la población es indígena⁽²⁾.

Según distribución por edad el 36,9 % corresponde a menores de 20 años, el 57,9 % a la franja entre 15 y 64 años y el 5,1 % a los mayores de 64 años⁽¹⁾.

La tasa global de fecundidad se ha reducido de 2,9 hijos por mujer en promedio en 2004 a 2,5 en 2008, con rangos de 2,2 hijos por mujer en el área urbana, 3,0 en el área rural y 6,3 en la población indígena⁽³⁾.

La esperanza de vida al nacer en Paraguay es 75,5 años, 78,2 años en las mujeres y 72,9 años en los hombres⁽²⁾.

Tabla 1: Indicadores básicos, Paraguay 2009^(1,2,3,4,5,6,7,8)

Indicadores	
Población total (2009)	6.340.639
Esperanza de vida	75,5
Esperanza de vida a los 60 años	...
Tasa de mortalidad general por 1000 habitantes (2005)	3,7
Tasa bruta de natalidad por 1000 habitantes	24,8
Tasa de mortalidad infantil (2009)	15,5 por 1000 NV
Razón de mortalidad materna (2009)	128 por 100000 NV
Prevalencia de diabetes (2007)	8,9
Prevalencia de hipertensión arterial	35 %
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado (2000-2006)	97
Cobertura de vacunación en < 1 año (2009):	
- BCG	73 %
- OPV3	72 %
- Pentavalente	72 %
- SPR	71 %
Población con seguridad social	12,5 %
Población con seguridad privada	7,8 %
Población no asegurada	78 %
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	6,0
Gasto per cápita en salud (US\$ ppA)	281
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	40,1
% hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	...

Nota: (...) Dato no disponible

Condiciones de salud

El perfil epidemiológico de transición en Paraguay, posiciona como primeras causas de enfermedad y muerte a las enfermedades crónicas no transmisibles y causas externas, desplazándose también hacia grupos de mayor edad.

La mortalidad infantil en Paraguay disminuyó de 34 por 1000 nacidos vivos en 1990 a 15,5 en 2009, mientras que la mortalidad en menores de 5 años descendió de 42 a 23 en ese mismo periodo⁽⁴⁾. La

prematurez (25 %) y anomalías congénitas (10 %), diarreas (9 %) e infecciones de vías respiratorias (17 %) constituyen las principales causas⁽⁴⁾.

La razón de mortalidad materna pasó de 130 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 128 en 2009⁽⁴⁾ atribuido al incremento del parto institucional que ya supera 95 % (Tabla 1). La mayor parte de las muertes maternas tienen causas prevenibles: hemorragias, eclampsia y sepsis⁽⁵⁾.

El *Dengue*, ha afectado al Paraguay cíclicamente desde 1988, con epidemias en 2001, 2006 y 2011.

Por el cambio del patrón de comportamiento de la enfermedad atribuido a los cambios climáticos, y las condiciones de país subtropical, y costumbres socioculturales, se han incrementado los criadores de vectores transmisores y los índices de infestación. Los serotipos predominantes han sido el DEN 1 Y DEN 2. Las regiones más afectadas corresponden a Asunción, departamento Central, Alto Paraná. Desde 2009 se considera endémica la enfermedad, con circulación anual de DEN-1, DEN-2 y DEN-3, especialmente área metropolitana y frontera con Brasil. Hasta abril de 2011 se han registrado más de siete mil casos de esta enfermedad y 17 muertes⁽⁶⁾.

En 2009 se notificaron en Paraguay 2346 casos de *tuberculosis*, lo que arroja una tasa de 37,6 por 100.000 habitantes⁽⁴⁾. Cabe destacar las altas cifras de multi-resistencia primaria (2,1 %).

En 2009 había en Paraguay alrededor de 13,000 personas viviendo con *VIH/Sida*, lo que arroja una prevalencia en adultos de 0.3 %, que es de las más bajas de la región⁽⁷⁾.

Se han registrado 91 casos de *Paludismo* en 2009. La última epidemia registrada entre 1999 y 2000 se produjeron más de 16.000 casos⁽⁴⁾.

En los hombres también predominan los padecimientos no transmisibles, pero dentro de las tres primeras causas de muerte se ubican los decesos por causas externas (Tabla 3).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en 2008, 45 % de los años de vida saludables perdidos en Paraguay se debieron a padecimientos no transmisibles, 35 % a enfermedades transmisibles y 21 % a traumatismos⁽⁴⁾.

Tabla 2: 10 principales causas de muerte en mujeres, Paraguay 2008

Descripción	Defunciones	Tasa*	%
Enfermedades del sistema circulatorio	2.992	48,0	29,09
Tumores	1.642	26,0	15,96
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1.145	18,0	11,13
Causas externas de morbilidad y mortalidad	498	7,9	4,84
Enfermedades de sistema respiratorio	491	7,8	4,77
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	434	6,9	4,22
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	417	6,7	4,05
Enfermedades del sistema digestivo	375	6,0	3,64
Enfermedades del sistema genito-urinario	255	4,0	2,47
Enfermedades del sistema nervioso	169	2,9	1,64
Muertes totales	10283	163,3	100%

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Indicadores de morbilidad y mortalidad. Paraguay, 2009.* Por 100.000 mujeres

Tabla 3: 10 principales causas en hombres, Paraguay 2008

Descripción	Defunciones	Tasa	%
Enfermedades del sistema circulatorio	3.237	52,0	24,0
Causas externas de morbilidad y mortalidad	2.332	37,4	17,8
Tumores	1.790	28,7	13,6
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	803	12,8	6,2
Enfermedades de sistema respiratorio	737	11,8	5,6
Enfermedades de sistema digestivo	620	9,9	4,7
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	601	9,6	4,5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	543	8,7	4,1
Enfermedades del sistema genito-urinario	328	5,2	2,5
Enfermedades del sistema nervioso	191	3,0	1,4
Muertes totales	13.104	209,7	100%

Estructura y cobertura

El sistema de salud del Paraguay está constituido por dos subsectores, el público y el privado. El sector público comprende el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía, la Universidad Nacional de Asunción y los servicios asistenciales de las empresas descentralizadas Itaipú Binacional y Yacyretá. El sector privado incluye a las aseguradoras privadas, los prestadores con fines de lucro, los prestadores sin fines de lucro y los prestadores mixtos.

El Ministerio de Salud se financia con recursos provenientes del Tesoro Público, no tiene separación de funciones, y ejerce los roles de rectoría, financiamiento y prestación de servicios. Esta última se realiza a través de una red integrada de servicios, distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias que corresponden a cada uno de los departamentos y la capital, Asunción. Atiende de preferencia al 78 % de la población que carece de seguro social y privado.

El IPS cubre a una pequeña proporción de la población (15,2% en 2008) vinculada al empleo dentro de la economía formal, su financiamiento proviene de los aportes de los trabajadores asalariados, la contribución patronal y la contribución del estado. Cuenta con su propia red de prestadores de servicios.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad Policial cubren, respectivamente, a los militares y policías en activo o retirados y sus familiares, además de atender a la población civil en los lugares en donde no existen otros prestadores. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación a través del Ministerio del Interior, la Policía Nacional y el Ministerio de Defensa. Estas instituciones cuentan con sus propias redes de servicios organizadas en tres niveles de complejidad.

La Universidad Nacional de Asunción, cuenta con un hospital/escuela afiliado a la Facultad de Medicina, y financiado fundamentalmente con recursos del Presupuesto General de la Nación y cubre

principalmente a población no asegurada de escasos recursos.

Las *empresas hidroeléctricas descentralizadas Itaipú y Yacyretá*, construidas sobre el río Paraná, limítrofes con Brasil y Argentina se financian con recursos del Estado. Ofrecen atención ambulatoria en sus propias instalaciones y un seguro médico a sus funcionarios, ex funcionarios y familiares. También ofrecen programas de medicina preventiva y asistencia médica a la población que reside dentro de la zona donde operan.

Las *instituciones prestadoras de servicios de salud privadas* lucrativas se financian con las primas de seguros privados y con pagos de bolsillo, mientras que las instituciones prestadoras de servicios de salud no lucrativas se financian con donaciones y recursos propios.

Las *instituciones mixtas* se financian con una combinación de estos dos tipos de recursos. La Cruz Roja Paraguaya, por ejemplo, además de las donaciones hechas por una fundación privada, cuenta con el apoyo del MSPyBS, que paga los salarios de su personal. Se calcula que el sector privado cubre de manera regular a 10% de la población paraguaya⁽⁹⁾.

Según los resultados de la última Medición de Exclusión Social en Salud, hecha en 2006, alrededor de 35% de los paraguayos no cuentan con acceso regular a servicios de salud.

¿Quiénes son los beneficiarios?

El Artículo 68 de la Constitución Nacional del Paraguay reconoce el derecho a la atención de la salud para toda la población, mientras que el Artículo 69 señala como obligatorio el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que debe proveer servicios sin ningún tipo de discriminación y basado en los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social⁽¹⁰⁾.

El MSPyBS atiende alrededor del 65 % de la población total del país, con énfasis a la población vulnerable y pobre.

El IPS cubre a los trabajadores asalariados del sector privado de la economía, los trabajadores de las entidades descentralizadas, los docentes de los sectores público y privado, los trabajadores independientes y las trabajadoras domésticas. Esta institución cubre alrededor del 15% de la población paraguaya.

La Sanidad Policial y la Sanidad Militar cubren a los policías y militares en activo y pensionados y a sus familiares dependientes, que representan 1% de la población total.

Se estima que entre 7 y 9% la población, aquella que pertenece a los sectores de mayores ingresos, se beneficia de esquemas de aseguramiento del sector privado.

¿En qué consisten los beneficios?

Las personas que se atienden en las instalaciones del MSPyBS tienen acceso a servicios ambulatorios y de hospitalización gratuitos, pero no se cuenta con un paquete de beneficios explícito. Sin embargo, desde 2001 se han promulgado diversas resoluciones tendientes a fomentar la gratuidad de los servicios para embarazadas, menores de 10 años y mujeres en edad fértil que requieren servicios de planificación familiar.

El IPS cubre riesgos de enfermedad no profesional, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados del sector formal de la economía. La protección en cuanto a riesgos de enfermedad incluye atención médico-quirúrgica y dental, medicamentos, hospitalización, prótesis y aparatos de ortopedia, así como subsidios económicos durante la incapacidad que ocasione la enfermedad. La cobertura para atención médico-quirúrgica alcanza al asegurado directo, su esposa o su concubina con más de dos años de convivencia, su esposo si está desempleado en el caso de las mujeres, sus hijos solteros menores de edad y los padres mayores de 60 años dependientes del asegurado, lo mismo que su cónyuge si es mayor de 60 años y está desempleado y no cuenta con otro régimen de seguridad social⁽¹¹⁾.

El aseguramiento a través de instituciones del sector privado está reservado a la población con capacidad de pago y sus planes por lo general no incluyen protección contra epidemias, enfermedades congénitas, enfermedades psiquiátricas, tratamiento quirúrgico de infecciones de transmisión sexual ni accidentes. Tampoco incluyen tratamientos costosos de largo plazo, como quimioterapias y hemodiálisis, y la provisión de medicamentos y otros insumos es muy limitada^(12,13).

Tabla 4: Hitos en la Historia del Sistema Paraguayo

Años	Hechos
1936	Creación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
1943	Creación del Instituto de Previsión Social (IPS)
1950	Modificación del decreto de creación del IPS para ampliar los servicios para los asegurados
1980	Código Sanitario (su actualización no ha sido aún aprobada)
1992	Constitución Nacional de la República del Paraguay(art 68 y69)
1994	Creación del Instituto Nacional de Salud
1996	Creación del Sistema Nacional de Salud(SNS)
1998	Reglamentación de la descentralización sanitaria
1998	Reglamentación de la superintendencia de salud
1999	Reestructuración del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
2000-2005	Marco jurídico que regula la administración, distribución, porcentaje y tipo de gasto de los royalties y compensaciones por uso de recursos hidráulicos que destina 50% de estos recursos a gastos de salud en los municipios y gobernaciones
2008-2009	Consejo Nacional de Salud entrega recursos para su administración y distribución a los Consejos Locales de Salud , de todo el país resolución de gratuidad universal en los Servicios de salud

Fuente: María Elena Ramírez Rojas; 2008

Financiamiento

¿Quién paga?

El financiamiento del MSPyBS sector público proviene básicamente del Tesoro Público (ingresos fiscales) y donaciones de la cooperación externa.

El IPS se financia con los aportes de los afiliados (9% del salario como máximo), los empleadores (14% del salario) y el Estado (1,5% del salario). Ciertas categorías de afiliados gozan de regímenes especiales de cotización. Tal es el caso de los profesores que trabajan en escuelas y universidades tanto en el sector público como en el privado, quienes aportan 5,5% de su salario, mientras que las instituciones educativas contribuyen 2,5% de sus declaraciones. Los trabajadores independientes contribuyen con 8% de sus ingresos. Las empleadas domésticas contribuyen con 3% de su salario, mientras que la contribución de sus empleadores equivale a 5% del mismo. Los jubilados aportan 5% de sus pensiones⁽¹⁴⁾.

Dentro de las otras instituciones del sector público, destacan la Sanidad Militar y Policial cuyo financiamiento proviene del Tesoro Nacional y contribuciones de los afiliados. Los recursos de la Sanidad de la Policía provienen en 95% del Tesoro y 5% de recursos institucionales.

El sector privado se financia fundamentalmente con gastos de bolsillo y una pequeña proporción con las primas de seguros privados.

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

El gasto en salud de Paraguay ha disminuido de manera consistente en la última década. De representar 9,2% del PIB en 2000 pasó a representar apenas 6,0% en 2008.¹⁴ El gasto per cápita también disminuyó de US\$_{ppa} 305 en 2000 a US\$_{ppa} 281 en 2008.

Más de la mitad (59.9%) del gasto total en salud de Paraguay es gasto privado y el grueso de este gasto es gasto de bolsillo (88%). Sólo 40,1% es gasto público. Alrededor de 1,6% del gasto en salud proviene de fuentes externas. Poco más de 80% del gasto público lo concentran las instituciones de

seguridad social, a pesar de que sólo atienden a poco más del 20% de la población nacional⁽¹⁵⁾.

Recursos

¿Con qué infraestructura se prestan los servicios de salud?

La red de servicios públicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, incluye más de 1200 establecimientos, con 503 unidades de salud de la familia (USF) habilitadas hasta la fecha en territorios sociales priorizados según criterios de pobreza, vulnerabilidad y situación geográfica, articulados para la continuidad del cuidado con 12 dispensarios, 669 puestos de salud, 105 centros de salud, 33 hospitales distritales, 17 hospitales regionales, 10 hospitales especializados, 9 centros especializados, 7 hospitales materno infantiles, incremento del 29 % de las camas de terapia intensiva. El incremento de camas en la última década fue de 4011 en 2000 a 4656 en 2009, el incremento de terapia intensiva⁽¹⁶⁾.

Dentro de los recursos del sector público deben incluirse también las 93 unidades de atención a la salud del IPS: 48 puestos de salud, cinco clínicas periféricas y 25 unidades sanitarias que ofrecen atención primaria, así como 15 hospitales en los que se brinda atención de segundo nivel⁽¹⁷⁾.

La Sanidad de las Fuerzas Armadas cuenta con el Hospital Militar Central y el Hospital San Jorge, que se ubican en Asunción, además de otros tres hospitales en unidades militares que están fuera de la capital.

Se estima que el sector privado de Paraguay cuenta alrededor de 1107 unidades de atención a la salud, que incluyen hospitales, clínicas, consultorios, unidades de hemodiálisis y unidades de imagenología.

El total de camas hospitalarias disponibles en el sector salud ronda las 7,000, arrojando una razón de 1,2 camas por 1000 habitantes. La mayoría de las camas (62%) se encuentran en establecimientos del sector público.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, Paraguay cuenta con 6.355 médicos, 10.261 enfermeras y 3.182 dentistas, que arrojan razones de 1,1, 1,8 y 0,6 por 1000 habitantes, respectivamente⁽⁴⁾. La mayor parte de este personal se concentra en la ciudad de Asunción y todo el Departamento Central, lo que genera una importante escasez de recursos humanos para la salud en cinco de las 18 regiones sanitarias en las que se divide el país.

Alrededor de 90 % de los trabajadores empleados en el campo de la salud trabajan para el sector público y más del 60 % lo hacen para el MSPyBS. Cabe destacar que de acuerdo con cifras de un censo de recursos humanos realizados en todas las regiones sanitarias de Paraguay en 2003, 41% del personal del MSPyBS es personal administrativo; los médicos representan sólo 12% del total⁽⁸⁾. El IPS presenta un problema de sobrecarga administrativa similar: 51% de su personal es administrativo⁽¹⁸⁾.

¿Cuál es el nivel de acceso a los medicamentos?

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) es la autoridad reguladora de medicamentos, art. 3 inc. 1 de la ley 1119/97 de Productos para la salud y otros, a través de la Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos, y habilitados por la Dirección de Vigilancia Sanitaria. Existen 22 laboratorios productores de medicamentos, 138 compañías dedicadas a la importación y 119 empresas distribuidoras de medicamentos, fraccionadora y envasadoras de especialidades 32 y 10.500 registros de especialidades farmacéuticas. Existen aproximadamente 2.680 farmacias, de las cuales 462 se localizan en Asunción y 2.218 en el interior del país.

Está en proceso a través del Proyecto UMBRAL II, la implementación del Formulario Terapéutico Nacional (FTN), y sistema informático para control de stock (SICIAP), con su respectivo manual de procedimientos logísticos.

En 2001 se definió la Política Nacional de Medicamentos, que permitió la instalación de un sistema nacional de registro de medicamentos y de establecimientos farmacéuticos. En 2010 se actualizó el listado de medicamentos esenciales.

¿Quién genera la información y quien produce la investigación?

El registro y análisis de la información en salud es responsabilidad de la Dirección General de Información Estratégica en Salud, en coordinación con la Dirección de Planificación y Evaluación (DGPE) y la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS).

La Dirección de Bioestadística trabaja en coordinación con el Registro Civil para disminuir el subregistro de muertes y nacimientos en el marco del rediseño de las estadísticas vitales y con la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) se encarga de la definición y regulación de las políticas relacionadas con la ciencia y tecnología, mientras que el Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONACYT) es la instancia responsable del financiamiento de la investigación y otras actividades relacionadas con la ciencia y la tecnología.

En 1980 se creó, dentro de la Universidad Nacional de Asunción, el Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, que hoy cuenta con 10 departamentos y más de 80 investigadores dedicados a la investigación en salud.

En julio 2008 se crea la Dirección de Investigación y Estudios Estratégicos, dependiente de la Dirección de Planificación y Evaluación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, responsable de la Secretaría Ejecutiva del Sistema Nacional de Investigación para la Salud en coordinación con CONACYT.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

El MSPyBS es el rector del sistema de salud, pero comparte esta responsabilidad con la Superintendencia de Salud (SS). La SS se crea en 1996 para apoyar al Consejo Nacional de Salud en la tarea de alcanzar la máxima eficiencia en la

asignación y utilización de los recursos y servicios destinados a la atención de la Salud. Esta tarea la desarrolla a través de actividades de supervisión, auditoría y control técnico de las entidades prestadoras de servicios de salud.

La vigilancia, la prevención y el control de enfermedades son responsabilidad de la DGVS y de la Dirección General de Programas de Salud (DGPS) del MSPyBS. La primera vigila, previene y controla tanto las enfermedades transmisibles como las no transmisibles y aquellas transmitidas por vectores. La DGPS se encarga de los programas nacionales de atención a grupos poblacionales definidos (menores, adolescentes y mujeres), de salud sexual reproductiva y de salud mental.

En el desarrollo de las actividades de rectoría, el MSPyBS cuenta con diversas instancias de apoyo, como el Laboratorio Central de Salud Pública, encargado del control de la calidad, la autorización, el registro y la habilitación de los laboratorios de análisis clínicos. Por su parte, el Departamento de Control de Establecimientos es responsable de regular las actividades de los hospitales, sanatorios y clínicas. Este departamento cuenta además con un incipiente programa de control de riesgos hospitalarios y bioseguridad.

El Consejo Regional de Salud, que está a cargo del secretario de salud de cada una de las gobernaciones, funciona como instancia coordinadora de las políticas nacionales, las 18 regiones sanitarias y los municipios.

En Paraguay existen 10 facultades de medicina y enfermería y 109 escuelas que forman recursos humanos para la salud. Estas instituciones están reguladas por el Instituto Nacional de Salud (INS). Además de funcionar como ente rector de la formación de los recursos humanos para la salud, este instituto tiene la responsabilidad de promover su actualización continua.

¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?

La regulación de las actividades que impactan la salud es responsabilidad de la DGVS y del Laboratorio Central de Salud Pública.

El Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, dependiente del Vice Ministerio de Salud, es

responsable de la vigilancia del área de alimentos, y lleva a cabo también el control y la prevención de carencias de nutrientes, especialmente entre los menores de 5 años.

La Secretaría del Ambiente, en coordinación con el MSPyBS, se encarga de todas las cuestiones relacionadas con la protección del medio ambiente, incluyendo el manejo de residuos sólidos.

¿Quién evalúa?

Dentro del ministerio, la Dirección de Monitoreo y Evaluación, dependiente de la Dirección General de Planificación y Evaluación, es la instancia de realizar estos procesos, con apoyo de la Dirección General de Programas, y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud realiza controles de gestión regional utilizando indicadores definidos y con la presencia de autoridades del nivel central.

En el IPS las actividades de evaluación son responsabilidad de la Dirección Médica del Interior. Cabe señalar, sin embargo, que los resultados de todas estas actividades de seguimiento y evaluación han sido muy modestos y han tenido un impacto muy limitado.

En 2001 se llevó a cabo, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud, la medición de las Funciones Esenciales en Salud Pública. Las funciones que recibieron las peores calificaciones fueron la garantía de calidad de los servicios, la investigación como base de la implementación de soluciones, la regulación y fiscalización en salud pública. En cambio se obtuvieron buenos resultados en las funciones relacionadas con la promoción de la salud, el desarrollo y capacitación de recursos humanos, y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

Desde 1996 la legislación planteó la creación de los Consejos Locales de Salud (CLS) como instancias en las que se promovería la participación de representantes de la comunidad, los trabajadores de los centros de atención y de las autoridades municipales a fin de promover el mejor

funcionamiento de los servicios de salud. Lamentablemente no se han podido formar consejos en todas las comunidades por lo que no se han logrado captar adecuadamente las demandas de salud locales ni articular una auténtica participación social.

El MSPyBS cuenta además con una instancia, el Instituto de Bienestar Social (IBS) cuya misión explícita es brindar a los individuos, los grupos y las comunidades los servicios sociales necesarios para evitar las causas de exclusión social. Se postula que la participación social es el mecanismo fundamental para asegurar este proceso y por eso se ha convertido en el objetivo fundamental del IBS. Este instituto lleva además el Registro Nacional de Entidades de Bien Social al cual deben inscribirse todas las instituciones sin fines de lucro de los sectores público y privado.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?

No existen mecanismos institucionales establecidos para evaluar la percepción de los usuarios respecto de los servicios de salud. Tampoco hay información disponible sobre la aplicación de encuestas de satisfacción entre los usuarios de los establecimientos de atención. Ciertos reportes de la prensa hacen suponer que, tal como podría esperarse, quienes recurren a los servicios públicos reciben una atención de calidad inferior a la que se ofrece en el sector privado.

En una investigación cualitativa realizada por un grupo interinstitucional, liderada por el MSPyBS en cuatro regiones sanitarias (Central, Alto Paraná, Presidente Hayes y Concepción) en 2004 – 2005 se puso de manifiesto la existencia de diversos problemas dentro de los que destacan el mal trato, la mala calidad, la discriminación hacia los pobres y los indígenas, y el favoritismo en el acceso a los servicios de salud. Ante esta situación, desde el nivel central y regional se han organizado talleres para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud, pero ha habido un escaso seguimiento de resultados.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

Desde la creación del Sistema Nacional de Salud (Ley 1032/1996) hasta la fecha las reformas recientes están orientadas a la ampliación del aseguramiento público; el fortalecimiento de la infraestructura de salud y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

Las nuevas estrategias han apostado a la creación de unidades de salud de la familia para incrementar el acceso a servicios de salud de calidad cerca de donde reside la gente, con énfasis en áreas rurales distantes y dispersas, y comunidades indígenas coordinado con una red integrada de salud que mejore la entrega a través de nuevos mecanismos que mejoren su funcionalidad.

Desde finales del 2008 hasta diciembre de 2010 se han habilitado 503 Unidades de Salud de la Familia, considerada una estrategia articuladora y ordenadora de la atención a través de la cual el estado asume la responsabilidad institucional de la atención de la salud y calidad de vida de la gente que vive en territorios subatendidos, articulados a las redes integradas de servicios de salud RISS, en especial las comunidades rurales distantes, excluidas, vulnerables en condiciones de pobreza y extrema pobreza⁽¹⁹⁾..

El Rediseño de la Red de servicios, permitirá construir un modelo funcional de atención, integrado, integral, continuo, coordinado, intrasectorial e intersectorial, en la búsqueda de calidad, calidez, eficiencia y efectividad de la atención. Para este objetivo, se inician en 2008 y 2009, las reflexiones sobre redes, respaldado por la Resolución sobre las “Redes integradas de Salud”, aprobada por el Consejo Directivo OPS en setiembre 2009. A partir de este hito, se discute y diseña la organización de servicios en Red en el Paraguay, desde setiembre 2009 a marzo 2010.

En 2008 se llevó a cabo un análisis dentro del MSPyBS con vistas a realizar una profunda renovación de la atención primaria al mismo tiempo que se puso en marcha el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria Nutricional con el objetivo de promover la recuperación nutricional de los menores de 5 años que sufrían de desnutrición o se encontraban en riesgo de padecerla así como de mujeres embarazadas con bajo peso.

Unos años más tardes se implantó una política pública para mejorar la calidad de vida y la salud con equidad. Esta política se estructuró en torno a la promoción de la salud y la participación comunitaria, fortaleciendo los CLS e impulsando el desarrollo de diversas iniciativas, dentro de las que destacan los Municipios, Comunidades y Fronteras Saludables, las Escuelas Promotoras de Salud y la Comisión Nacional Intersectorial de Promoción de la Salud. Se espera que dichas iniciativas funcionen mediante establecimientos de redes, como es el caso de la red de Municipios Saludables que ha servido de base a la creación de la Red de Escuelas Saludables en algunos departamentos.

La política para la calidad de vida y salud con equidad, contempla prioridades ambientales, acceso a agua potable, programas de seguridad alimentaria, saneamiento básico, control de vectores y una política de atención a la salud de las comunidades indígenas. Se crea en 2009, la Dirección General de Salud Indígena, como responsable de la ejecución de las acciones de atención a la salud de las comunidades indígenas (MSPyBS).

A nivel de acciones comunitarias con incidencia dentro del sistema de salud vale la pena mencionar a los microseguros comunitarios que parecen estar desempeñándose de manera exitosa. Destacan dentro de ellos el seguro comunitario de Fram y el seguro de salud integral de Caazapá.

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

Las Unidades de Salud de la Familia, constituyen la estrategia principal para disminuir la exclusión social en salud, coordinada con una Red integrada de Servicios, con enfoque de derechos.

La eliminación progresiva de los copagos, gratuidad universal de servicios básicos, el acceso a medicamentos esenciales, han contribuido al incremento del acceso, aunque persisten las brechas de dotación de recursos humanos con déficits de cualificación y entrenamiento

Existen convenios entre el sector público y privado que contribuyen a disminuir la fragmentación dentro del Sistema de Salud, que mantiene recursos

y fuentes de financiamiento separados, e independientes, con gran rigidez para la ejecución presupuestaria, tanto en el IPS como en el MSPyBS, y que dificultan la integración del sistema.

Va disminuyendo el elevado gasto de bolsillo de los hogares, reflejado en los indicadores, respaldado por el incremento del gasto social en el presupuesto general, a partir de reformas fiscales desde 2003.

Más del 70 % de los municipios del país se benefician con los fondos de equidad, asignados a los municipios con desarrollo de consejos locales de salud, con el fin de complementar los recursos necesarios en los territorios sociales o poblaciones adscriptas a la atención primaria de salud, en donde se ha constatado el incremento de acciones intersectoriales y la participación comunitaria.

Existe un nuevo enfoque de gestión social para el desarrollo y la calidad de vida y salud, fortalecidas por instituciones y organizaciones, secretarías de estado y ministerios que implementan intervenciones conjuntas para hacer frente a los determinantes sociales de la salud.

Existen esfuerzos por disminuir la desprecariación laboral con innovaciones de gestión propuestas conjuntamente con la secretaria de la función pública.

Las nuevas vacunas introducidas: Vacuna Polio Inactivada (IPV) para población inmunosuprimida (VHI positivas o con leucemia), Vacuna contra Rotavirus para la población universal menor de 1 año, Vacuna contra el Neumococo para poblaciones de riesgo (adultos mayores y enfermos crónicos), Vacuna contra Hepatitis A, Fiebre Tifoidea para viajeros internacionales, Vacuna contra Haemophilus Influenza para población susceptible.

Se ha reorientado el subsistema de información, a través de un proceso de rediseño y modernización. Se ha iniciado la implementación unificada de la historia clínica electrónica.

Se ha creado el Sistema Nacional de Investigación para la Salud y elaborado la Política Nacional de Investigación para la Salud aprobada por Decreto Presidencial.

La distribución de los recursos humanos sigue siendo desproporcionado e inequitativo. La participación comunitaria se ha incrementado.

Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

El mayor desafío que enfrenta el sistema de salud del Paraguay es la ampliación de la cobertura de atención. Sólo 20% de la población está asegurada y alrededor de 35% de la población no tiene acceso regular a servicios básicos de salud.

El MSPyBS debe reforzar sus atribuciones como regulador en áreas tan importantes la prestación de servicios de salud, distribución de recursos humanos para la salud y fijación de precios de medicamentos y otros insumos, y la definición de marcos regulatorios para la provisión de atención. También debe instaurar mecanismos para mejorar la generación, registro, análisis y diseminación de la información en salud, que es un requisito indispensable para garantizar el diseño e implantación de programas y políticas basados en evidencia.

Otro importante reto es incorporar al IPS y otros actores del sector a fortalecer la coordinación interinstitucional para así poder avanzar en la construcción de una verdadero SNS.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, Gobierno de Paraguay. Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py>.
2. World Health Organization. WHO Statistical Information System. Disponible en: <http://apps.who.int/whosis/data>.
3. Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos. Compendio Estadístico. Paraguay, 2009.
4. Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva 2008. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios de población, 2009.
5. OPS/OMS. La Salud de las Américas 2003
6. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias 2011. Ginebra: OMS, 2011.
7. Centro Paraguayo de Estudios de Población. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Compendio de Estadísticas del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud y la Mortalidad Materna. Documento de trabajo. Asunción Paraguay, 2008.
8. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Indicadores de morbilidad y mortalidad. Paraguay, 2009
9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Exclusión social en salud. Asunción, Paraguay: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2006.
10. Constitución Nacional de Paraguay. Asunción, Paraguay 1992
11. MSPBS/DGPE. Documento Oficial preparado para el intercambio EUROSOCIAL SALUD, Paraguay, 2007. (informado de datos proporcionados por la Dirección de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social).
12. Paraguay, Instituto de Previsión Social. <http://www.ips.gov.py/principal/varios/informativo.html>
13. Paraguay. Instituto de Previsión Social. <http://www.microsoft.com/conosur/hechos/studies/ips.aspx>
14. MSPBS/OPS. Cuentas Nacionales de Salud. Paraguay, 2006
15. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud. Paraguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington, D.C.: OPS, 2008.
16. AVERT. Latin America HIV & AIDS statistics. Disponible en: <http://www.avert.org/southamerica.htm>. Consultado el 14 de junio de 2011.
17. La Vanguardia. Paraguay sufre la peor epidemia de dengue de su historia. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/internacional/20110412/54140307178/paraguay-sufre-la-peor->

epidemia-de-dengue-de-su-historia.html.
Consultado el 13 de junio de 2011.

18. Banco Mundial. Prestación de servicios de salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2005.
19. RISS Resolución del 49º Consejo Directivo. 61ª sesión del Comité Regional de la OMS (Washington DC, EUA, del 28 de setiembre al 2 de octubre de 2009. Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017. Consenso de Iquique, Julio de 2007
20. Ramírez-Rojas E. Historia de la salud pública en Paraguay. Asunción, www.ins.gov.py, 2011.
21. Paraguay health care system. Disponible en: http://internationalbusiness.wikia.com/wiki/Paraguay_Health_Care_System. Consultado el 13 de junio de 2011.
22. World Health Organization. National health accounts. Paraguay. Disponible en:

<http://www.who.int/nha/country/pry.pdf>.
Consultado el 10 de junio de 2011.

23. Paraguay. Instituto de Previsión Social. <Http://www.ips.gov.py/principal/varios/informativo.html>
24. Dirección de Profesiones y Establecimientos de Salud, MSPBS. Listado de los establecimientos de salud cuyos expedientes se encuentran en el archivo a partir del año 1989 y hasta diciembre 2010. Asunción, Paraguay 2010.

Correspondencia: Julia Noemi Mancuello Alum
Dirección: Asunción, Paraguay
Teléfonos: (595-21) 296-210 / 294-482
Correo Electrónico: noemidealum@hotmail.com