

Acceso a servicios de salud

Carmen Gómez y Cristina Guillén

FISCALIDAD PARA LA

EQUIDAD SOCIAL

síntesis para el debate

Introducción

La salud es un derecho humano fundamental, cuyo ejercicio y exigibilidad se refiere a tres aspectos fundamentales: uno, la calidad de vida de una población específica, la cual condiciona las formas de vivir, enfermarse y de morir de sus integrantes; dos, el acceso a servicios que resuelvan con calidad y oportunamente los problemas de salud/enfermedad; y tres, la participación social, como ejercicio de ciudadanía y democracia.

El derecho a la salud cuenta con un marco normativo, de origen internacional y regional, al cual el gobierno paraguayo se encuentra jurídicamente obligado. Se refiere a tratados internacionales como el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); la Convención de Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Convención de los Derechos del Niño; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem do Pará), y la Declaración de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹.

En el periodo 2006-2015 ha aumentado el acceso a la salud pública, pero persisten inequidades

En el país, el Sistema Nacional de Salud está conformado por los sectores público, privado y mixto. En el sector público, la cobertura de atención a la salud para un 95% de la población total del país, está a cargo del MSPBS y del IPS, constituyéndose en las dos instituciones más importantes para la atención de la salud, con servicios distribuidos en todo el territorio nacional, mas con una concentración de recursos físicos, humanos y tecnológicos en la capital. A pesar del marco legal favorable para la coordinación y complementación de acciones de salud entre ambas instituciones², no se ha logrado romper con la segmentación y la fragmentación. Así mismo, persisten el acceso inequitativo a los servicios y el alto gasto de bolsillo.

Los principales resultados de las encuestas de hogares 2006-2015, la Encuesta de Hogares Indígenas (EHI) 2008, el Censo Indígena 2012, los Indicadores Básicos de Salud (IBS) y las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del 2012 muestran que:

La cobertura del seguro del IPS apenas se duplicó en 10 años (2006 al 2015) incorporando un promedio de 76.473 personas por año. Dicho aumento se dio sobre todo en Asunción y en el departamento Central, beneficiando al quintil más rico con casi 8 veces más cobertura que el quintil más pobre. El poco crecimiento de la cobertura de IPS en general, y en particular del quintil más pobre, se relaciona con la alta informalidad laboral y el desempleo.

1 El ODS 3 propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y en todas las edades. Entre los indicadores para el 2030 se encuentra la reducción de las tasas mundiales de mortalidad materna, infantil, neonatal y de niños menores de 5 años.

2 Art. 9 y art. 10 inc. c) de la Ley N° 1.032/96.

Entre el sector urbano y rural, la cobertura de IPS presenta una brecha de 17 puntos porcentuales en detrimento del sector rural, que podría explicarse por la mecanización del monocultivo que no genera empleo y la no formalización laboral de los trabajadores rurales. En la población indígena, la cobertura del seguro IPS es ocho veces menor que el promedio nacional.

Los indicadores de morbilidad de las enfermedades transmisibles, coexistiendo con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), reflejan un empeoramiento de la situación de salud. En los diez años abarcados por el estudio (2006 al 2015), la proporción de personas enfermas/accidentadas aumentó de 2 a 3 por cada 10 personas a nivel país.

El quintil más pobre es el que se enfermó más y, paradójicamente, el que menos consultó cuando se enfermó, lo cual evidencia que aún persiste una brecha en el acceso a servicios, considerando el nivel de ingresos.

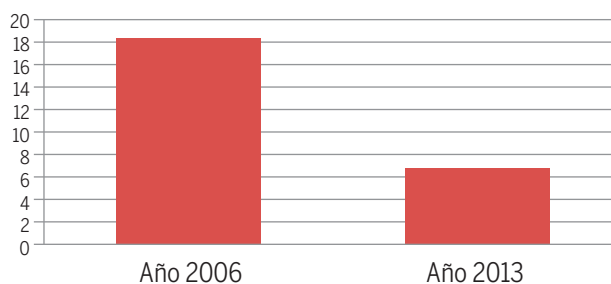
A nivel nacional, se dio un crecimiento significativo de personas que consultaron (12,3%) en los servicios públicos sobre todo en los centros de salud, bajo cuya denominación se encuentran incluidas las Unidades de Salud de la Familia (USF).

En el periodo también se observó un aumento de las consultas con un profesional doctor, lo cual se explicaría con la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) que conformó Equipos de Salud de la Familia, donde el médico es un componente esencial, junto con los otros, para resolver los principales problemas de salud comunitaria.

El motivo de no consulta porque “no hay servicios de salud cercanos a su domicilio” o “son caros”, bajó a nivel nacional de 18,3% (2006) a 6,8% (2013), evidenciando la inclusión efectiva de la población a la atención de salud por medio de las USF instaladas en las comunidades, de acceso gratuito. No obstante, los pueblos indígenas siguen siendo los más excluidos, con niveles de acceso a la salud por debajo del quintil más pobre de la población no indígena.

Gráfico N° 1:

Motivos de no consulta, atención no cercana, mala, cara, a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH 2006 y 2013.

El quintil más pobre es el que acudió con mayor frecuencia a los servicios de salud públicos. El acceso a medicamentos también mejoró en la población de menor ingreso, ya que en 10 años, el quintil más pobre fue el que recibió más, de 3 por cada 10 subió a 7 por cada 10 personas. El momento en el cual se dio el gran salto fue entre el 2006 al 2009, ya que casi se duplicaron los valores. Esto podría deberse al proceso de universalidad del acceso a los servicios de salud y a la eliminación de la barrera económica con la gratuidad.

La tasa de Mortalidad Materna (MM) disminuyó de manera progresiva del 2009 al 2014, aumentando en el 2015 a 81,8 lo cual podría deberse a una respuesta más adecuada y en tiempo oportuno del sistema de salud a través del desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud con expansión de la atención primaria, posibilitando controles prenatales y la llegada a hospitales para el parto. Sin embargo, aún se observan inequidades que delatan condiciones socioeconómicas precarias y dispares entre los departamentos y distritos, de modo

que las altas tasas de MM por 100.000 nacidos vivos se dan en departamentos con mayor pobreza como los de la región occidental: Alto Paraguay (692), Amambay (190,4) y Boquerón (346)³.

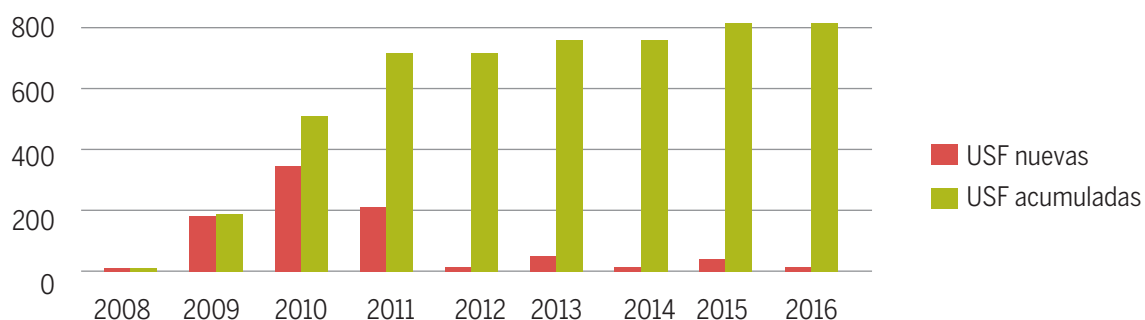
En cuanto a mortalidad infantil, si bien no se logró alcanzar para el 2015 la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (disminución de la tasa al 10,1 por 1.000 nacidos vivos), se ha avanzado en su reducción. Entre los años 2000 y 2015, se redujo la mortalidad infantil, pero la muerte en el periodo neonatal no ha acompañado dicha tendencia, delatando el no acceso a la atención calificada del parto y del recién nacido, y la no mejoraría de las condiciones de vida de las poblaciones empobrecidas.

De las 1.590 defunciones de menores de 1 año en el 2012, el Riesgo Atribuible Poblacional (RAP), que es un indicador de inequidad, fue del 14%, significando que 223 muertes podrían haberse evitado si todos los departamentos hubiesen tenido las mismas condiciones socio económicas que Asunción, cuya tasa de mortalidad infantil fue la menor entre todos. El RAP para menores de 5 años, 16%, significó 294 muertes que se hubiesen evitado.

El financiamiento de la estrategia de APS, a través del presupuesto de la Dirección General de APS, fue aumentando progresivamente del 2008 al 2012. Desde el año siguiente empieza un estancamiento con una disminución marcada en el año 2015, dando como resultado un retroceso en la implementación de nuevas USF. Es así que en un periodo de cuatro años (diciembre de 2008 a diciembre de 2012) se instalaron 707 USF, mientras que en los siguientes 4 años se instalaron solamente 93 USF.

Grafico N° 2:

USF instaladas nuevas y acumuladas 2008-2009



Fuente: MSPBS-OPS (2016) para 2008-2015. MSPBS-DGAPS (2016) para el 2016.

Conclusiones

A partir de las evidencias, el Estado debe:

- Expandir las políticas públicas sociales (salud, educación, vivienda, alimentación etc.), con los principios de universalidad e integralidad, hacia un sistema de protección social.
- Aumentar progresivamente el PGGN para el área social en general y para salud en particular, de modo a fortalecer y expandir la red pública de servicios de salud.
- Establecer un sistema tributario equitativo y justo, de carácter progresivo y redistributivo que proporcione sustentabilidad económica a políticas públicas sociales.
- Tender hacia el desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS) con los principios de universalidad, integralidad, equidad, gratuidad, participación social, interculturalidad y bajo la rectoría del MSPBS. La

3 El último reporte de Alto Paraguay fue en 2013. Los datos de Amambay y Boquerón corresponden al 2015.

atención primaria de salud debe ser la estrategia vertebradora de dicho sistema Único de Salud, por lo cual requiere mayor inversión –de al menos el 25% del total de los gastos en salud–. Se debe avanzar en el acceso gratuito a servicios simples, complejos, medicamentos e insumos.

- Articular la red pública de salud dependiente del MSPBS con el IPS para superar la segmentación y duplicación de recursos.
- Implementar el abordaje integral en la atención médica, que incluya la dimensión biopsicosocial de las personas, teniendo en cuenta el ciclo vital en el que se encuentran, sus relaciones familiares y las condiciones de vida relacionadas con su entorno. Se debe garantizar que la población indígena tenga acceso a los servicios de salud, eliminando barreras económicas y culturales. Urge la aplicación de la Política de Salud Indígena que establece lineamientos claros a seguir para las poblaciones indígenas.

Referencias

DGEEC. (2012). III Censo Nacional de Población y viviendas para pueblos indígenas.

STP-DGEEC. (2006-2015). Encuesta Permanente de Hogares.

STP-DGEEC. (2008). Encuesta de Hogares Indígenas.

MSPBS-OPS. (2016). Indicadores Básicos de Salud de Paraguay. Recuperado de: <http://www.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2012/01/IBS-Paraguay-2016.pdf>

Este Proyecto es financiado por el CONACYT a través del Programa PROCIENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación – FEEL.



Febrero, 2018

Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana
París 1031 c/ Colón
Asunción, Paraguay
(595-21) 425-850
comunicacion@decidamos.org.py
www.decidamos.org.py
f Decidamos Paraguay
@decidamospy