



FISCALIDAD PARA LA EQUIDAD SOCIAL

TOMO 2



INDICADORES SALUD POBREZA UNIDA
DES DE SALUD DE LA FAMILIA EVALUA
CIÓN PARAGUAY AGUA SANEAMIENTO
DERECHOS HUMANOS ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES
DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO
IMPUESTOS DIRECTOS E INDIRECTOS
EQUIDAD EDUCATIVA SISTEMA EDUCA
TIVO DESIGUALDADES SOCIALES INVER
SIÓN EN EDUCACIÓN GASTO PÚBLICO EN
EDUCACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

**FISCALIDAD
PARA LA
EQUIDAD SOCIAL**

TOMO 2

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

© Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (Cadep)
Piribebuy 1058 entre Colón y Hernandarias
Asunción, Paraguay
(595 21) 494 140
cadep@cadep.org.py
www.cadep.org.py

Coordinación General: Milda Rivarola
Dirección del Proyecto: Susana Aldana

Corrección: William Campo
Diagramación: Karina Palleros

ISBN: 978-99967-892-3-9

Impresión: AGR Servicios Gráficos
Primera Edición, mayo 2018
Tirada: 1.000 ejemplares

Se autoriza el uso y la divulgación por cualquier medio del contenido de este libro, siempre que se cite la fuente.

El contenido de los artículos es de responsabilidad de las autoras y autores, y no refleja necesariamente la postura de Decidamos y Cadep.

Por motivos de agilidad de la lectura se ha optado, en parte de algunos documentos, por el uso del lenguaje en masculino genérico clásico con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español “o/a” para marcar la existencia de ambos sexos. Sin embargo, esto no significa que no se tengan en cuenta la perspectiva de género.



PROCIENCIA
PROGRAMA PARAGUAYO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA

“Este Proyecto es financiado por el CONACYT A través del Programa PROCIENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación – FEEI”

Acceso a servicios de salud y equidad tributaria 9

Carmen Gómez / Cristina Guillén

Introducción	11
1. El derecho a la salud.....	12
1.1. Sistema Nacional de Salud	15
1.2. El derecho a la salud y pueblos originarios	16
2. Acceso a la atención de salud	18
2.1. Situación de salud de la población	22
2.2. Acceso a medicamentos.....	31
3. Tasa de mortalidad materna e infantil.....	32
3.1. Mortalidad materna.....	32
3.2. Mortalidad infantil	35
3.3. El Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP).....	37
4. Financiamiento del sector salud	38
4.1. Fuentes de financiamientos	39

4.2. Presupuesto asignado y ejecutado	39
4.3. Evidencias para invertir en salud	42
Conclusiones.....	43
Desafíos de políticas públicas	45
Referencias bibliográficas.....	47

Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia - USF..... 49

Claudina Zavattiero

Introducción	51
1. El sistema de salud pública.....	53
2. La salud de la población paraguaya.....	56
2.1. Contexto sociodemográfico	56
2.2. Indicadores de salud	59
2.3. Acceso al sistema de salud	63
3. Las Unidades de Salud de la Familia.....	70
3.1. Cobertura de unidades y población	70
3.2. Coberturas de las USF en zonas de pobreza	74
3.3. Cobertura de servicios y dotación de recursos humanos	80
3.4. Presupuesto	85
3.5. Resultado de evaluaciones previas realizadas a las USF	86
Conclusiones.....	87
Desafíos de políticas públicas.....	88
Referencias bibliográficas.....	89
Anexos.....	91

Agua y saneamiento: un desafío para las políticas públicas..... 95

Carmen Gómez/ Cristina Guillén

Introducción	97
1. Acceso al agua potable	97
1.1. Compromisos internacionales.....	97
1.2. Marco legal nacional y control de los servicios.....	100

1.3. Proveedores de servicios de agua potable y alcantarillado sanitario.....	101
1.4. Control de calidad del agua para el consumo humano.....	103
2. Acceso al agua potable	105
2.1. Tipo de cobertura	105
2.2. Acceso a agua por niveles de ingreso	106
2.3. Acceso a agua por lugar de residencia	107
3. Alcantarillado sanitario	112
3.1. Cobertura de la red de alcantarillado sanitario.....	113
4. Evolución del presupuesto destinado a protección del medio ambiente y puesta en funcionamiento de servicios de agua y saneamiento (2000-2014)	116
Conclusiones.....	119
Desafíos de políticas públicas.....	121
Referencias bibliográficas.....	126

**Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)
y los impuestos al consumo dañino..... 127**

Carmen Gómez/ Cristina Guillén

Introducción	129
1. Marco normativo.....	130
2. Caracterización de las ECNT	133
3. Situación de las ECNT en Paraguay.....	137
3.1. Impacto del aumento del impuesto de las BA en salud	141
3.2. Diabetes Mellitus.....	142
3.3. Hipertensión arterial	143
3.4. Tabaco.....	144
3.5. Cáncer de pulmón y tabaquismo.....	149
3.6. Alcoholismo.....	150
3.7. Inversión en salud	155
4. Inversión en salud y su impacto en el desarrollo económico de un país.....	156
Conclusiones.....	158
Desafíos de políticas públicas.....	158
Referencias bibliográficas.....	162

Sistematización y descripción de las modificaciones a Tributos en Debate Público 165

Gerardo Benítez / Fernando Masi

Introducción	167
1. Los impuestos directos.....	167
1.1. Los impuestos directos en América Latina	168
1.2. Impuestos directos e indirectos en Paraguay	170
1.3. Paraguay: impuesto a la renta personal	171
1.4. Impuesto a la renta de actividades agropecuarias	173
1.5. Precios de transferencia	174
1.6. Impuestos inmobiliarios	175
1.7. Impuesto a la soja.....	175
2. Impuestos al consumo dañino a la salud.....	177
2.1. Impuesto al tabaco	177
2.2. Impuesto al tabaco en América Latina	178
2.3. Tasas impositivas del tabaco en Paraguay	180
2.4. Paraguay: costo a la salud pública por consumo de tabaco	182
2.5. Bebidas azucaradas	183
2.6. Consumo de bebidas azucaradas.....	184
2.7. Tasas impositivas a las bebidas azucaradas en Paraguay	186
2.8. Bebidas alcohólicas	186
2.9. Consumo per cápita de bebidas alcohólicas. América Latina	187
2.10. Tasas impositivas de las bebidas alcohólicas en Paraguay	189
Conclusiones.....	190
Referencias bibliográficas.....	191

Equidad en Educación..... 193

Nidia Glavinich

Introducción	195
1. Marco normativo.....	196
2. Contexto.....	200
2.1. Asistencia a una institución educativa	202

2.2. Situación de pobreza	210
2.3. Participación laboral	211
3. Cobertura y eficiencia interna.....	215
3.1. Matrícula: Acceso de niños y niñas a la educación y culminación de la EEB ..	215
3.2. Tasa Neta de Ingreso y Tasa Bruta de Acceso	219
4. Indicadores de eficiencia del sistema educativo	221
4.1. Repitencia	221
4.2. Abandono	222
4.3. Retención y egreso	223
4.4. Sobreedad.....	225
5. Recursos	225
5.1. Recursos financieros	226
5.2. Docentes	227
5.3. Instituciones.....	229
Conclusiones.....	231
Desafíos de políticas públicas.....	232
Referencias bibliográficas.....	233

Estudio de eficiencia en la inversión social en educación primaria en Paraguay..... 235

José Manuel Gómez

Introducción	237
1. Justificación	238
2. Fundamentación teórica.....	244
3. Metodología y base de datos del estudio.....	245
4. Principales resultados.....	248
Conclusiones.....	251
Desafíos de política pública	253
Referencias bibliográficas.....	254

Resumen y conclusiones 255

Milda Rivarola

Acceso a servicios de salud y equidad tributaria

Carmen Gómez
Cristina Guillén

INDICADORES SALUD POBREZA UNIDA
DES DE SALUD DE LA FAMILIA EVALUA
CIÓN PARAGUAY AGUA SANEAMIENTO
DERECHOS HUMANOS ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES
DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO
IMPUESTOS DIRECTOS E INDIRECTOS
EQUIDAD EDUCATIVA SISTEMA EDUCA
TIVO DESIGUALDADES SOCIALES INVER
EN EDUCACIÓN 9 GASTO PÚBLICO EN
CACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

La vigencia plena del Estado Social de Derecho implica entre otras cosas, alcanzar un Sistema Nacional de Salud único, universal, integral y gratuito, sustentado en bases tributarias justas y mediante políticas públicas que abarquen la construcción de calidad de vida y equidad, consagrada en los derechos constitucionales.

Entre 2006 y 2015, se hizo efectiva una propuesta de política pública para la calidad de vida y salud con equidad, que ha marcado un punto de inflexión a partir del cual se han redefinido conceptos y prácticas en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay, que llevaron a alcanzar una experiencia de universalidad y gratuidad en el acceso al servicio público de salud, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La inclusión de más de un millón de personas en el acceso a los servicios de salud públicos –con altos porcentajes provenientes del sector rural y pertenecientes al quintil más pobre- la disminución del gasto de bolsillo en un 47,8%, en el periodo que va desde 2007 al 2011, y la atención sistemática a poblaciones indígenas, son algunas de las tantas evidencias que deja una política pública que ha concebido a la salud como derecho y ha permitido superar barreras geográficas, económicas y culturales, de larga data.

Palabras clave: indicadores de salud, pobreza, financiamiento, unidades de salud de la familia.

Introducción

Este estudio analiza el acceso a servicios de salud por la población en general, y en particular, por la indígena, considerando la relevancia del acceso a estos servicios como derecho que permite curar dolencias, mejorar la calidad de vida y preservar la vida de las personas.

Con el derecho a la salud consagrado en nuestra Carta Magna, los instrumentos jurídicos internacionales firmados y ratificados por el país, y otras leyes nacionales, se dio un marco legal favorable para articular y coordinar acciones públicas, destinadas a garantizar el acceso equitativo a la atención de la salud. Sin embargo, persiste la inequidad, la segmentación, la fragmentación y el alto gasto de bolsillo de la población en salud. El sistema de salud paraguayo sigue dominado por el modelo biomédico y hospitalocéntrico.

En el periodo de estudio (2006-2015), se concreta una propuesta de política pública para la calidad de vida y salud con equidad, punto claro de inflexión a partir del cual se redefinen conceptos y prácticas en el Sistema Nacional de Salud, se posibilita la universalidad, la gratuidad del acceso a servicios de salud que dependen del Ministerio de Salud, y se promueve la incipiente organización en redes de estos servicios. Un millón de personas más accedieron a los servicios de salud del ministerio, en su mayoría del sector rural y del quintil más pobre; entre el 2007 y el 2011 disminuyó radicalmente el gasto de bolsillo en salud, y se amplió la atención sistemática a poblaciones indígenas. Son avances notables de la vigencia del derecho a la salud, que lograron superar barreras geográficas, socioeconómicas y culturales de larga data.

Pese a todo, persisten las brechas en el acceso a la salud. Según fuentes oficiales (Encuesta Permanente de Hogares de ese lapso) la cobertura del seguro del Instituto de Previsión Social (IPS) apenas se duplicó en 10 años, manteniendo brechas de inequidad por ingresos y zona geográfica, y privilegiando al quintil más rico, de zonas urbanas. En contrapartida, el IPS tiene escasa cobertura de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, que se enfermó en mayor grado, pero consultó menos.

Si bien creció la consulta a servicios con médicos en Centros de Salud y Unidades de Salud de la Familia (USF), disminuyeron barreras de acceso por la cercanía de estos servicios a los hogares y el quintil más pobre accedió en mayor medida a medicamentos, un alto porcentaje de la población no tiene aún acceso a la salud.

La población indígena mantiene profundas brechas en lo relativo a este derecho, y es incluso más excluida que el quintil más pobre de la población no indígena.

Cayeron las tasas de mortalidad materna e infantil, aunque sin lograr las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), y manteniendo inequidades entre departamentos y distritos. El Riesgo Atribuible Poblacional (RAP), indicador de desigualdad, registró 223 muertes evitables de menores de 1 año en el 2012. Finalmente, en los últimos años se ralentizó la instalación de nuevas USF, y disminuyó el presupuesto para la atención primaria de salud.

El informe señala como desafíos la reorientación del Sistema Nacional de Salud hacia un Sistema único, universal, integral y gratuito, sustentado por una base tributaria justa y mediante políticas públicas que abarquen no sólo la atención a la salud sino la construcción de calidad de vida y equidad, con participación protagónica de la ciudadanía, actuando sobre las causas profundas que vulneran el derecho a la salud, la denominada determinación social, generando pobreza, exclusión, enfermedades y muertes.

Se utilizaron como fuentes las EPH 2006-2015, la Encuesta de Hogares Indígena (EHI) 2008, y el Censo Indígena 2012, complementados con otras fuentes seleccionadas. El estudio tiene cuatro partes. La primera revisa el marco legal nacional e internacional que sostiene a la salud como un derecho, el rol de las políticas públicas y de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como garantía de acceso universal y equitativo. La segunda parte analiza los resultados de la EPH de ese lapso, relativos al acceso a los servicios de salud, registrando brechas por lugar de residencia, niveles de ingreso y departamentos; y datos de morbimortalidad materna e infantil. La tercera parte estudia el financiamiento del Ministerio de salud, con énfasis en montos destinados a las USF/APS. Finalmente, propuestas destinadas a garantizar, por el Estado, el derecho –universal y equitativo– a la salud.

1. El derecho a la salud

Este se define como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud (ONU, 2000, p.95). El marco normativo del derecho a la salud, internacional y regional, al que Paraguay está jurídicamente obligado, abarca el Pacto Interna-

cional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966, art. 10.2 y 12; la Convención de Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), art. 10, 12 y 14.2; y la Convención de los Derechos del Niño, art. 24.1 y 24.2; el tratado regional de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belem do Pará (art. 6), y la Declaración de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

El objetivo 3 de los ODS para el 2030 propone “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y entre los indicadores para el 2030 están:

3.2 Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos (ODS, 2015).

Así también:

Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, así como promover la salud mental y el bienestar; aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo (ODS, 2015).

Otros instrumentos internacionales que obligan a efectivizar este derecho, a través de normativas y políticas de salud, son: la Resolución V del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, enfatizada en mejorar la salud de los pueblos indígenas de la región, y la resolución N° 61/295 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, que aprueba la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas, su derecho al uso de las medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, entre otras (MSPBS/UNICEF/CONAPI 2009).

Ya en 1946, la Conferencia Internacional sobre Salud afirmaba: “El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, credo, creencia política, condición económica o social” (ONU, 1946).

Dos años después, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 24° expresó:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así

como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (ONU, 1948).

El derecho a la salud tiene estrecha conexión con otros derechos humanos como el derecho a la vida, a la educación, al trabajo, a la alimentación, a la privacidad, a la participación, a la autonomía e integridad física, a la información, y a estar libre de discriminación, tortura, trato inhumano, violencia, etc. Por ello se alude a la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos entre sí, de modo que dichos derechos son determinantes de la salud, pero al mismo tiempo el derecho a la salud posibilita el ejercicio de los demás derechos.

En un Estado social de derecho, como el consagrado en la Constitución Nacional de 1992, la salud es un derecho humano fundamental, cuyo ejercicio y exigibilidad remite a tres aspectos fundamentales: a) la *calidad de vida* de la población específica, la cual condiciona las formas de vivir, enfermarse y de morir de sus integrantes; b) el *acceso a servicios* que resuelvan con *calidad y oportunamente* los problemas de salud/enfermedad, y c) la *participación social*, como ejercicio de ciudadanía y democracia.

El art. 68 de la Constitución Nacional paraguaya expresa:

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.

Otros artículos vinculados son el “De la calidad de vida”, que reconoce los factores condicionantes como la extrema pobreza, y plantea investigar los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de los habitantes (art. 6); y el derecho a “vivir en un ambiente saludable” (art. 7). El artículo 69 define al “Sistema Nacional de Salud” como ejecutor de acciones sanitarias integradas que concierten, coordinen y complementen programas y recursos del sector público y privado.

La Ley 1032/96 concretiza las finalidades y organización del Sistema Nacional de Salud, de modo a implementar acciones de prevención, recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, a través de la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades (art. 3 y 4). Crea los Consejos de Salud a nivel nacional, regional y local como or-

ganismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud. Al mismo tiempo, otorga al Sistema atribuciones para erradicar, evitar o disminuir los riesgos de enfermar y de morir, mediante acciones sanitarias concertadas entre instituciones sectoriales y extra sectoriales, gubernamentales y de la sociedad civil (art. 9).

Como autoridad de salud, el Código Sanitario –Ley N° 836/80– confiere competencias al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), responsable de la política nacional de salud y bienestar, que debe estar acorde con los objetivos, políticas y estrategias del desarrollo económico y social del país.

1.1. Sistema Nacional de Salud

En Paraguay, el Sistema Nacional de Salud abarca los sectores público, privado y mixto. En el sector público están el MSPBS y las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. Se suman el Instituto de Previsión Social (IPS); la Universidad Nacional de Asunción (Hospital de Clínicas y Centro Materno Infantil); y servicios de salud de Gobernaciones y Municipios, en la administración descentralizada. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro (ONG y Cooperativas) y aquellas con fines de lucro, de Medicina Prepaga y Proveedores Privados. Finalmente, la Cruz Roja Paraguaya es una entidad mixta con financiamiento del ministerio y de la fundación privada Andrés Barbero.

En el sector público, la atención a la salud cubre un 95% de la población total, en servicios del MSPBS y del IPS, las dos instituciones más importantes para la atención de la salud, con servicios distribuidos en todo el territorio nacional, aunque muchos de sus recursos físicos, humanos y tecnológicos se concentran en Asunción. A pesar del marco legal favorable para la coordinación y complementación de acciones de salud entre ambas instituciones¹, no se logró romper con la segmentación y coexisten en su interior subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión. También sufre fragmentación, al no darse la necesaria coordinación entre los servicios de salud existentes.

Respecto a la organización de los servicios de salud públicos dependientes del MSPBS, históricamente se implementó una estructura piramidal, con 4 niveles de atención y 7 niveles de complejidad. En la base se hallaban los puestos de salud, dispensarios, centros de salud y ascendiendo hacia la cima de la pirámide, los hospitales de alta complejidad. Esta estructura no logró articularse en sus diversos

¹ Ley N° 1.032/96, art. 9 y art. 10 inc. c)

niveles, por lo que persisten la fragmentación entre los servicios, una atención de salud desintegrada con programas verticales. Predominan visiones y prácticas centradas en la enfermedad y en los hospitales (hospitalocéntrico).

Tampoco se superó la inequidad en salud, definida como las diferencias evitables, injustas e incorrectas, generadas por la distribución desigual de bienes y servicios. Las brechas son de sexo, edad, situación socioeconómica, geográfica, étnica, etc. Los grupos humanos con peores condiciones socioeconómicas se enferman más con problemas crónicos de salud e incapacidades a edades muy tempranas, y tienen menor acceso a servicios de salud, en su mayoría de baja calidad (Whitehead, 1991).

El concepto de equidad en salud incluye hoy no sólo el acceso a servicios de salud, sino también un enfoque de resultados de salud. Esto implica reconocer que las personas no se enferman aleatoriamente, al estar condicionadas por contextos sociales, políticos y económicos diversos, y por factores biológicos y ambientales desigualmente distribuidos en la población.

Para el análisis de las inequidades en salud se utilizan datos de morbilidad y mortalidad, con indicadores que miden la dimensión socioeconómica de las brechas. Se incorpora la información correspondiente a todos los grupos de la población definida por el indicador; y se observan los cambios en la distribución y tamaño de la población, a lo largo de la escala socioeconómica. Uno de los indicadores de impacto total más usados en salud y epidemiología es el de Riesgo Atribuible Poblacional/RAP (Schneider, 2002).

1.2. El derecho a la salud y pueblos originarios

En el 2009, el MSPBS convalidó la Política Nacional de Salud indígena (PNSI) elaborada con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Coordinación Nacional de Pastoral Indígena (CONAPI). Esta política busca garantizar a los pueblos indígenas el acceso a la atención integral a la salud, contemplando su diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política, y superar los factores que tornan a esta población más vulnerable. Asume la eficacia de su medicina, sus derechos y sus culturas; los Derechos Humanos, y el Derecho a la Salud, con igualdad, intersectorialidad y atención humanizada (PNSI, 2009).

El Estado garantizará a los mismos, el acceso a los servicios de salud con oportunidad, calidad y equidad, en el marco de una atención integral que corresponda a sus costumbres y prácticas de auto cuidado, conciliando la medicina indígena con la medicina occidental enfocada a todo el grupo familiar (PNSI, 2009).

A este avance en el diseño de una política de salud indígena, coherente con las aspiraciones y necesidades de los protagonistas, se sumó el cumplimiento del derecho a la salud: tres cuartas partes (el 72,5%) del total de las comunidades indígenas fueron atendidas por USF fijas y móviles, en especial en el Chaco. Sus precarias condiciones de vida, las grandes inequidades socioeconómicas que sufren y la sistemática expulsión o deforestación de sus tierras ancestrales, hacen de estos pueblos los más excluidos del derecho a la salud. Los indicadores evidencian profundas brechas entre estas poblaciones y el resto del país (MSPBS, 2011).

Según el Censo Indígena 2012, existen unos 117.150 indígenas, en 19 pueblos pertenecientes a cinco grupos lingüísticos, que habitan trece departamentos del país y en Asunción. Un 52% habita la región Oriental y un 48%, el Chaco. Su alta fecundidad ha disminuido en la última década: la Tasa Global de Fecundidad (TGF) bajó de 6,3 hijos por mujer (2002) a 4,5 hijos por mujer (Censo 2012, DGEEC).

Al interior de estos pueblos, la mortalidad materno infantil sigue siendo alta. En el 2011, la tasa de mortalidad indígena de menores de 5 años fue de 25 fallecidos por 1.000 nacidos vivos, en contraste con la población general cuya tasa fue de 18 fallecidos por 1.000 nacidos vivos, equivalente a una brecha de 1,4 a expensas de los niños indígenas (Censo indígena 2012-INDIMOR 2013).

En el año 2002, dicha tasa alcanzó el valor de 65 niños fallecidos por 1.000 nacidos vivos menores de 5 años para la población indígena, triplicando la tasa general de mortalidad de dicho grupo etario, cuya cifra había llegado a 22,4 fallecidos por 1.000 nacidos vivos. En tanto que, fallecieron 232 mujeres entre 12 a 49 años –10 durante el embarazo, 25 durante el parto, 9 hasta 2 meses después del parto, 158 por otras causas, y por último, 30 muertes sin causa reportada– (población total de mujeres de 10 a 49 años 69.039) (Censo indígena 2002 y 2012).

La PNSI (2009), señala las dificultades en el campo de la salud indígena:

La poca accesibilidad por causas geográficas, económicas, lingüísticas o culturales de los mismos indígenas a los centros asistenciales; la falta de seguimiento a los casos de forma ambulatoria y el frecuente abandono de los tratamientos favorecen la permanencia de enfermedades como la tuberculosis en la población indígena.

[...]

La deficiencia del sistema de información en salud, que no contempla entre sus datos una diferenciación e identificación étnica de los casos registrados, ni de la ubicación territorial del paciente indígena, dificultando la vigilancia de los eventos

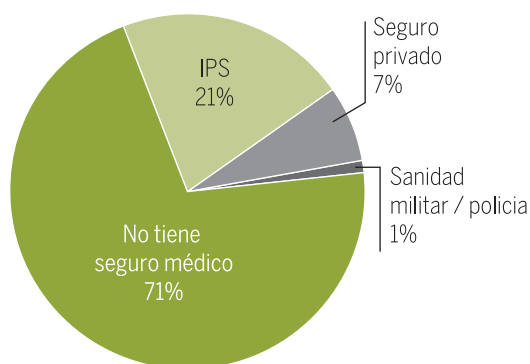
que afectan a los indígenas y por ende la construcción de un perfil epidemiológico, generando dificultades para la sistematización de acciones dirigidas a la atención de salud de los pueblos indígenas (p.15 y 16).

2. Acceso a la atención de salud

El sistema de salud pública abarca los servicios dependientes del MSPBS, el Hospital de Clínicas y el IPS. Desde el 2006 al 2015, el porcentaje de personas aseguradas al IPS creció del 11,6% al 21%, un incremento de 10.6 puntos porcentuales en una década. En el 2015 el IPS registraba 1.454.481 asegurados. En el sistema de salud privado la cobertura de seguro se mantuvo casi sin variantes: de 6,3% (2006) pasó al 6,6% (2015). La sanidad militar/policial tampoco sufrió cambios en ese lapso, era de 0,5%, en el 2015 (EPH, 2006-2015).

El porcentaje de población nacional que no cuenta con seguro médico cayó de 80,9 a 70,9%: es la población que recurre a los servicios públicos gratuitos del MSPBS o al Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina (UNA), cuyos servicios no son enteramente gratuitos (Gráfico N° 1).

Gráfico N° 1
Cobertura Sanitaria por tipo de seguro, Nivel Nacional, 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH 2015

De los seguros médicos existentes, sólo el del IPS cubre prácticamente todos los servicios de salud: atención médica, medicamentos, estudios auxiliares, cirugía (incluyendo las de alta complejidad), Unidad de Terapia Intensiva (UTI), hemodiálisis, oncología, prótesis, etc. La cobertura de los seguros privados es limitada, cubren apenas cuadros agudos clínicos o quirúrgicos y en forma limitada, los medicamentos. No abarcan las enfermedades “catastróficas”: cánceres, cirugías de alta complejidad, enfermedades congénitas, mentales, genéticas, diálisis, terapias intensivas, medicamentos ambulatorios, estudios auxiliares y laboratoriales complejos, etc. No cubren las enfermedades crónicas y sus complicaciones, ni problemas de salud ligados al alcoholismo y al tabaquismo.

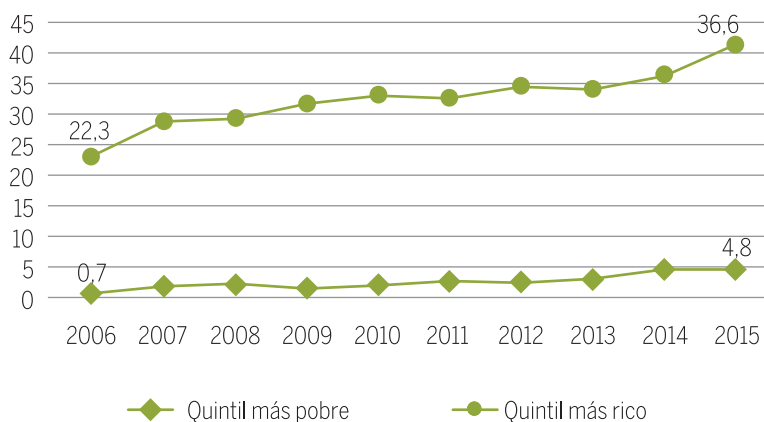
Las personas sin seguro médico (en el 2015, unas 4.910.605), pueden acudir a servicios públicos, que pese a tener aranceles exonerados, no cubren todos los servicios e insumos: deben ser pagados por los pacientes con “gastos de bolsillo”. Incluso quienes cuentan con seguros privados (incluido el policial y militar) recurren a servicios públicos en caso de enfermedades graves.

Una razón del escaso crecimiento de asegurados al IPS es el alto índice de desempleo y subempleo (en el 2015, el desempleo abierto afectaba al 5,34% de la población y el subempleo, al 19%); ya que los que cotizan al IPS son empleados u obreros del sector económico formal.

La tenencia de seguro IPS, por nivel de ingreso, sigue expresando grandes desigualdades. La cobertura de seguro del quintil más pobre apenas mejoró en 10 años. En el 2006, un 99% no tenía seguro, y en el 2015 el 94,8% sigue sin tenerlo. La cobertura de IPS en ese lapso subió modestamente de 0,7% (41.623) a 4,8% (332.453) con un promedio de 29.083 nuevos asegurados/as por año en el quintil más pobre (Gráfico N° 2).

A medida que aumentan los ingresos, se eleva la cobertura. La población del quintil siguiente tiene un 12,7% de cobertura de IPS (2015). El tercer y cuarto quintiles mantienen porcentajes del 21,5% y del 29,7%, respectivamente, valores bien bajos (2015). Finalmente, el quintil más rico (36,6%) tiene siete veces más cobertura de seguro IPS que el quintil más pobre (4,8%).

Gráfico N° 2
Tenencia de seguro IPS según ingresos, 2006-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de las EPH 2006-2015.

En términos regionales, en seis departamentos con datos de la EPH 2006-2015, existen fuertes desigualdades: con un promedio nacional de 21%, Asunción tiene un 31,9% y el departamento Central un 28,7% de asegurados en el IPS, mientras San Pedro cuenta con apenas 9,4%. Otro de los departamentos más pobres del país, Caaguazú, tiene una cobertura de seguro de IPS del 12,2%² (EPH, 2015).

Llama la atención la baja cobertura del IPS en los departamentos de Itapúa (14,1%) y Alto Paraná (15,3%), departamentos con altas tasas de actividad económica (PEA/PET) (STP/DGEEC/EPH 2015).

En lo que hace a área de residencia, el 16% del sector urbano tenía IPS en el año 2006, contra 5,2% del sector rural. En el 2015, la población urbana pasa a 27,9%, y la rural a 10,7%, expresando brechas importantes entre ambas zonas.

En el 2008, el 87,8% de la población indígena carecía de seguro médico en el IPS, sólo el 2,1% lo tenía (EHI, 2008). En términos nacionales, los promedios eran ese año de 74,9% sin seguro IPS y 16% con IPS respectivamente. En el 2012, del total de 113.254 indígenas censados, un 20% contaba con algún seguro médico, un 76% sin seguro, no existiendo datos del 4% restante (Censo Indígena, 2012).

2 En el 2015, la pobreza total en el departamento de San Pedro era del 50,58 (2° departamento con mayor incidencia de pobreza, por debajo de Caazapá) y la de Caaguazú, 45,83 (4° departamento con mayor incidencia).

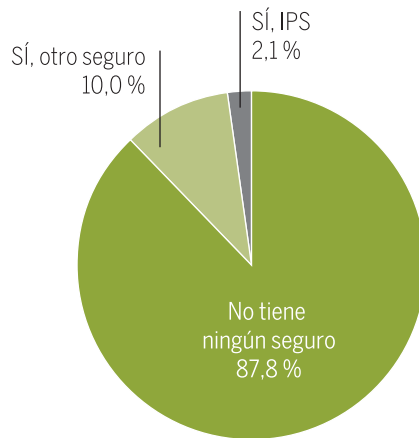
Tabla N° 1
Tenencia de Seguro IPS según población indígena y no indígena

	Población indígena	Población no indígena
Sin seguro IPS	87.8%	74.9%
Con seguro IPS	2.1%	16%

Fuente: EPH 2008, EIH 2008

El ítem *otro seguro* (fuera del seguro IPS, Policial y Militar), tuvo en esa población un valor de 10% (EIH), ligeramente superior al 9% de promedio nacional, sin especificarse el tipo de seguro. Quizás los indígenas que trabajan en las cooperativas menonitas³ del Chaco central tienen seguro médico mientras se encuentran en situación de dependencia.

Gráfico N° 3
Seguro médico en la población indígena



Fuente: Elaboración propia con datos de la EIH 2008

3 Los menonitas son un grupo religioso que inmigraron desde Rusia y Canadá en los años 1920 y se instalaron en el Chaco Central. Se organizan en cooperativas, producen carne y un 75% de lácteos del país.

2.1. Situación de salud de la población

Para definir el estado de salud de la población, la EPH usa el indicador de presencia o no de alguna dolencia en los últimos 90 días. A nivel nacional, un 31,4% manifestó haber tenido alguna enfermedad o sufrido algún accidente en el 2015, porcentaje mayor al de 10 años atrás (2006), donde era de 23,3%. Este aumento se dio en todos los quintiles (EPH, 2006-2015).

Gráfico N° 4
Estado de salud población general. Enferma/accidentada



Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH 2006-2015

En el 2015, el quintil más pobre es el que más enfermó (36,1%). La tasa decrece a medida que mejora el ingreso en los quintiles siguientes (33,8%, 31,9% y 28,9%, respectivamente), llegando a su valor más bajo (26,7%) en el quintil más rico.

Es decir, el quintil más pobre enfermó o se accidentó casi 9 puntos porcentuales más que el más rico: la probabilidad de enfermarse o accidentarse es más alta entre personas de menores ingresos. El aumento fue mayor en ese quintil, con casi 10 p.p.: en el 2006 un 27,6% se enfermó o accidentó, y en el 2015, un 36,1%. Paradójicamente es también el quintil que menos consultó (78,7%) al estar enfermo o accidentado.

Las brechas por áreas de residencia se mantuvieron en la última década: en el 2006, las personas del área urbana se enfermaron o accidentaron en un 20%, y en el 2015, en un 30,8%. En el sector rural, pasaron del 27% (2006) al 32,2% (2015). Con ligeras diferencias, tres de cada diez personas en el 2015 reportaron enfermedades o accidentes en los tres meses anteriores a la encuesta.

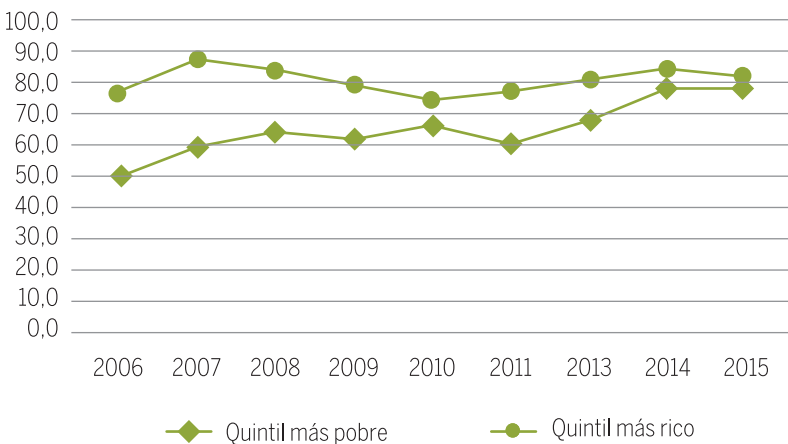
En valores relativos, las tasas de Asunción e Itapúa se mantuvieron casi iguales, la de San Pedro creció 3,9 puntos porcentuales, Alto Paraná 12,6 p.p., mientras las de Central y Caaguazú aumentaron 10,7 p.p.

Aumentó en forma importante, en el mismo lapso, el porcentaje de personas que consultan al sentirse enfermos o accidentados. Del 2006 al 2015, esta pasó del 60,9% al 81,4%, aumento de 20.5 puntos porcentuales. Esto significa mayor acceso a los servicios de salud por parte de personas que lo necesitan: de 842.398 personas que consultaron en 2006, la cifra subió a 1.768.887 en el 2015: unas 926.489 personas más fueron incluidas, en su mayoría por el sector público.

En el 2006, los porcentajes de quienes consultaron, estando enfermos, aumentan en función a sus niveles de ingreso. El quintil más pobre consultó en un 49,7%, en los tres quintiles siguientes las porcentajes fueron de 55,9%, 60,8% y 67,2%, respectivamente; el valor más alto se observa en el quintil más rico, con un 76,7% de acceso a la consulta.

En el lapso 2006-2015, el crecimiento del porcentaje de consultas se concentró en los quintiles más pobres: el primer quintil aumentó en 27 p.p., y los tres siguientes crecieron en 25,9, 19,6 y 17,3 puntos porcentuales, respectivamente. El de menor incremento fue el quintil más rico, con 5,5 puntos porcentuales de aumento (Gráfico N°5).

Gráfico N° 5
Consultó, por quintil más pobre y quintil más rico



Fuente: Elaboración propia con datos de las EPH 2006-2015.

Tanto la población del área urbana como la rural mejoraron su porcentaje de consultas en ese lapso: la urbana pasó de 69,5% a 82,7% y la rural de 52,1% a 79,5%. Disminuyó la brecha entre ambas poblaciones (urbanas y rurales) de 17.4 a 3.2 puntos porcentuales en 10 años.

Al analizar el crecimiento por departamentos, el que creció en forma notable fue el de Itapúa, en 33.8 puntos porcentuales (de 52,3% a 86,1%), sigue San Pedro con 25.7 puntos y Central (25 p.p.); mientras Alto Paraná (14.9 p.p.) y Caaguazú (14.2 p.p.) tuvieron incrementos similares. Paradójicamente, Asunción con mayor concentración de servicios de salud, creció mucho menos, apenas 9.1 puntos porcentuales. Esto podría deberse a que la persona no consideró grave la afección, o simplemente se automedicó.

Respecto a la población indígena al 2008, comparándola con los quintiles extremos (más pobre y más rico) de la población no indígena de ese año, el porcentaje de consultas se situó muy por debajo del quintil más pobre de la población general, ese mismo año.

Tabla Nº 2
Consultas estando enfermas

	Población Indígena	Población No Indígena	
		20% más pobre	20% más rico
Si, consultó	39,4	63,5	83,7

Fuente: Encuesta de Hogares Indígenas 2008, EPH 2008

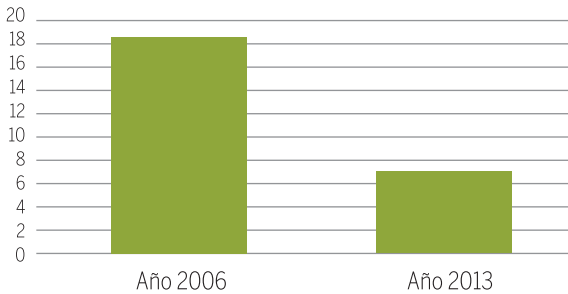
De las personas indígenas que se sentían enfermas o accidentadas, solamente el 39,4% consultó (con un médico o Chamán), frente a un 63,5% del quintil más pobre y del 83,7% del más rico. Esto expresa una marcada inequidad en el acceso a servicios, pues de cada 10 personas indígenas enfermas, apenas 3 consultaron; en contraposición a la población no indígena del quintil más pobre, quienes lograron consultar hasta 6 personas de cada 10.

Respecto a los motivos por los cuales la persona enferma no consultó, a nivel nacional, un 47,2% respondió que se había auto medicado, en el 2006. Este porcentaje creció a lo largo del periodo, llegando a 79,5% en el 2015. En números absolutos, significa un leve aumento (de 328.305 a 368.242 personas), por haber

disminuido el denominador personas enfermas que no consultaron. La razón de considerar la enfermedad no grave cayó a menos de la mitad, de 32,8% en el 2006 a 13,4% en el 2015.

La accesibilidad a los servicios de salud implica la no existencia de barreras económicas, culturales y/o geográficas. La no consulta debido a inexistencia de servicios de salud cercanos a su domicilio, bajó de 18,3% en el 2006, a 6,8% en el 2013⁴, evidenciando la inclusión efectiva a la atención de salud de más personas. Esto pudo concretarse a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF) instaladas en las comunidades de la mayoría de los distritos del país.

Gráfico N° 6
Motivos de no consulta, atención no cercana, mala, cara, a nivel nacional



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

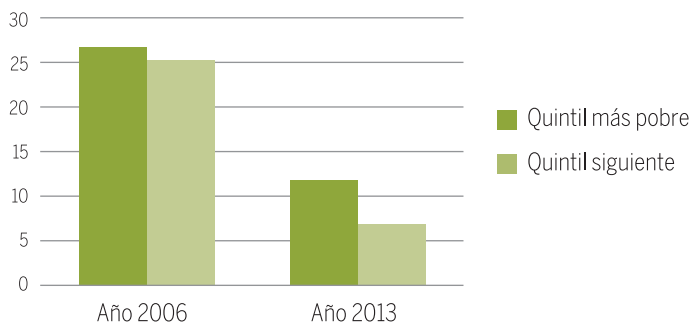
En general, no hay brechas significativas de los motivos de no consulta por quintiles de ingreso. En lo que hace a automedicación, en el lapso 2006-2015 la del quintil más pobre aumentó de 45,3% a 79,5%, mientras el más rico, del 49,2% al 81,8%. El quintil intermedio tuvo el menor aumento de esta causa, con el 71,2%, en el 2015.

La razón aducida de atención no cercana, mala o cara, bajó en el quintil más pobre de 26,7% a 11,6% (2013), y en el segundo quintil, de 25,5% a 6,7%. Los otros quintiles contienen datos no fiables según la DGEEC, para esos años.

⁴ Las EPH 2014 y 2015 no proporcionan datos fiables para este ítem.

Gráfico N° 7

Motivos de no consulta por atención no cercana, mala, cara, quintil más pobre y siguiente, 2006-2013



Fuente: Elaboración propia con base en datos EPH 2006-2013

Este motivo, en la población urbana, cayó de un porcentaje relativamente baja de 10,4% a un ínfimo 3,4%. En el sector rural se dio un mayor descenso, de 23,5% (76.535 personas) a 4,4% (8.020 personas).

Resulta notable la casi duplicación de la automedicación –como razón de no consulta– en ambas regiones geográficas: en la población urbana pasa de 48,7% a 78%, y en la rural de 46,1% a 81,5%.

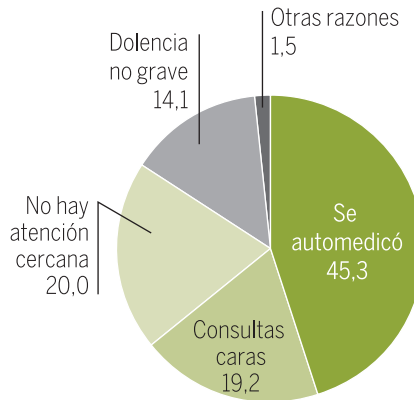
Tabla N° 3

Comparativo de motivo de no consulta

	Población Indígena	Población No Indígena	
		20% más pobre	20% más rico
Dolencia no grave	14.9	21.8	27.4
Se automedicó	45.3	53.7	63.1
No atención cercana/	20	20.7	2.7
Consulta cara	19.2	-	-
Otros	1.5	3.8	6.8

Fuente: Elaboración propia con datos de EPH y EIH 2008.

Gráfico N° 8 Motivos de no consulta población indígena



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EIH, 2008.

La población indígena no consultó en el 2008, en el 39,2% de los casos, por no contar con atención cercana y/o porque la consulta era cara. En el quintil más pobre de la población no indígena, esa tasa cae al 20%, mientras en el quintil más rico es de apenas 2,7%.

La automedicación como causa de no consulta, creció en todos los departamentos en ese lapso de diez años, duplicando sus valores. El crecimiento relativo de esta causa puede explicarse por la caída de otras razones, como la de no hay atención cercana/mala atención/consultas caras y dolencia no grave, o a un mayor y más fácil acceso a medicamentos en farmacias.

Respecto a quién consultan las personas cuando enferman, se incrementó la consulta con el doctor en ese lapso, a nivel nacional, de 87,4% a 95,5%. En contrapartida, disminuyeron las cifras relativas de consultas con enfermera de 4,1% a 2% y con farmacéutico, de 3,3% a 1%.

En todos los quintiles se dio el mismo comportamiento, de aumento de la consulta con el doctor. En el quintil más pobre el aumento fue mayor, 18.2 puntos porcentuales (de 73 a 91,2%), en los quintiles siguientes fue de 12.8, 5 y 4.9 puntos porcentuales respectivamente, el menor crecimiento se dio en el quintil más rico –que tenía ya alta tasa de consulta con médicos– con apenas 2 puntos.

Comparando los quintiles, aumenta la tasa de consulta al doctor en la medida que crecen los niveles de ingreso, pero la diferencia se acortó en la última década.

En el 2006, la brecha entre los que consultaban con el doctor del quintil más pobre y del más rico era de 23 puntos, diferencia que cayó a apenas 7.2 puntos porcentuales en el 2015.

Analizando por zona, la de la población urbana creció de un valor ya elevado de 95,4% (2006) llegando al 97,6% (2015). Entre la población rural, el punto de partida era más bajo (76,4%), llegando a 92,3%, en una década.

En todos los departamentos creció el porcentaje de enfermos/accidentados que consultaron con el doctor. En los departamentos San Pedro y Caaguazú –de mayor incidencia de pobreza– la tasa de consulta con el doctor creció aún más. En San Pedro aumentó 21.4 puntos (del 70% en el 2006, al 91,4% en el 2015, y en Caaguazú, subió 17.8 puntos (del 71,1% a 88,9%).

Nuevamente saltan las inequidades por etnia y pobreza. En el año 2008, los indígenas enfermos/accidentados consultaron con un doctor 18.9 puntos porcentuales menos que el quintil más pobre de la población total, y 31.7 p.p. menos que el quintil más rico. La consulta con enfermero/a fue de 26,1% en población indígena, más del doble que el quintil más pobre y 33 veces más que el quintil más rico.

Tabla Nº 4
Comparación de con quién consulta por pueblos indígenas/no indígenas

	Población Indígena	Población No Indígena	
		20% más pobre	20% más rico
Doctor	65,6	84.5	97.3
Enfermero	26,1	9.9	0.8
Farmacéutico		1.4	1.2
Curandero	4,5	3.8	0.5
Otro	3,8	0.4	0.3

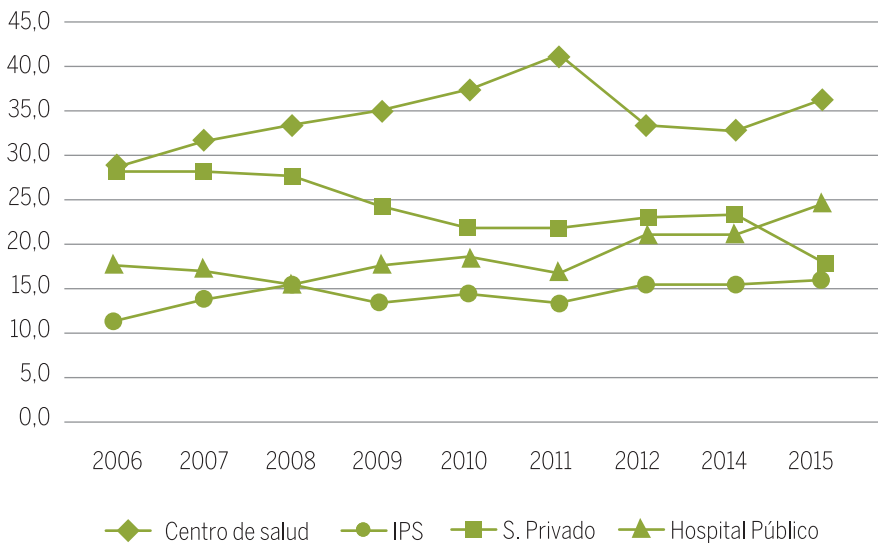
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH y EIH 2008

Los centros de salud, hospitales públicos y el IPS fueron los lugares de consultas más frecuentes, mientras que los sanatorios, consultorios privados, farmacias y curanderos decrecieron en el lapso 2006-2015 (EPH, 2006-2015).

Las consultas en los centros de salud (incluye puestos de salud y USF) crecieron del 28,8% al 41,1%. Ese aumento fue sostenido del 2006 al 2012, pero se paralizó entre el 2013 y 2014. Las USF se instalan en cercanía a las familias, priorizando comunidades alejadas y pobres. En tres años y medio, de fines del 2008 a mediados del 2012, fueron instaladas 707 USF. Pero de mediados del 2012 a fines del 2015 (los siguientes tres años y medio) fueron creadas sólo 88 USF nuevas. Para fines del 2015, había 795 USF. Según la propuesta inicial, para dar cobertura a toda la población, deberían haberse instalado 1.875 USF, considerando que cada una cubre unas 3.500 personas.

También crecieron, como lugar de consulta, los hospitales públicos (del MSPBS y Hospital de Clínicas), de 17,75 (2006) al 24,6% (2015). Esto se debe, en el caso de hospitales del MSPBS, a la implementación de la gratuidad de servicios y su mejor equipamiento desde el 2008. La concurrencia a IPS se incrementó en 4,3 puntos en ese lapso. En contrapartida, cayeron las cifras relativas de concurrencia a los servicios privados (de 28,3% a 17,9%), y a farmacias y curanderos (de 11,8% a 4,4%).

Gráfico N° 9
Lugar de consulta



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las EPH 2006-2015.

En ese lapso, el quintil más pobre tuvo el mayor aumento en las consultas a los centros de salud (37,7% a 58,3%). En contrapartida, las consultas a sanatorios privados cayeron a la mitad (12,6 a 6,7%), y a un tercio las consultas a farmacias y curanderos (23,4 a 7,3%). Esto se debe a la expansión de las USE, incluidas dentro de Centros de Salud, y a la gratuidad en servicios de salud del MSPBS. Hubo poca variación de la consulta a hospitales públicos, que incluso cayó del 25% (2006) al 22,5% (2015). La consulta a servicios del IPS, se incrementó del 1,5% al 5,2%.

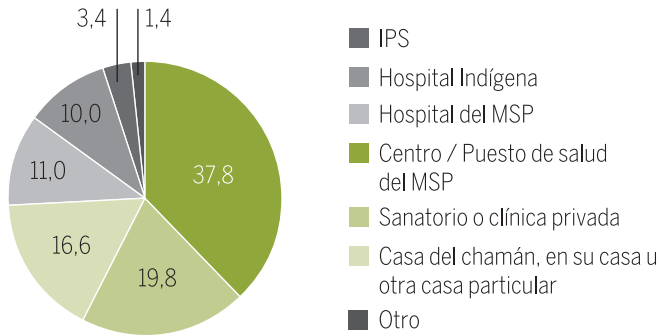
En el 2015, las consultas de la población urbana se distribuyen casi equitativamente entre cuatro servicios: IPS, hospitales públicos, centros de salud y sanatorios privados. Sin embargo, más de la mitad de la población rural (51,3%) consulta en centros de salud, un 24,3% en hospitales públicos, un 12% en sanatorios privados y una ínfima proporción, 7%, va a IPS. En esta última institución, es amplia la brecha respecto a la población urbana (21,9% de consulta a IPS).

En Asunción, el porcentaje de personas que acuden al IPS saltó del 15,7% (2006) al 23,3% (2015), y la que concurre a centros de salud subió de 9,5% a 20,2%. En contraposición, bajó la concurrencia a sanatorios privados, de 46,1% a 30,8%. En Central se dio una situación parecida, en el lapso 2006 – 2015: la consulta a IPS subió de 18,2% a 22,2%; a hospitales aumentó de 16,1 a 28,1%. Central es, sin embargo, el único departamento donde cayó algo la consulta en centros de salud (de 30,8 a 28,1%), la consulta a sanatorios bajó mucho más, de 26,8 a 17,5%.

En San Pedro, disminuyeron las consultas a IPS de 9,4% (2007) a 6,5% (2015) y a consultorios privados (de 25,4 a 11,3%); mientras subieron las consultas a centros de salud (42,7% a 57,4%) y a hospitales públicos (9,1% a 19,3%). En Caaguazú hubo aumento de consultas a centros de salud (de 25,5% a 43%) y a hospitales públicos, de 8,4 a 18,8%. En Itapúa, las consultas a IPS crecieron de 8,2 a 12,7%, y a centros de salud, de 20,6 a 39%; mientras cayeron las consultas a sanatorios, de 24,6 a 15,9%. También en Alto Paraná crecieron las consultas a centros de salud, de 33 a 39,4%, y bajaron las consultas a sanatorios, de 32,2 a 24%. La expansión de los servicios públicos y su gratuidad disminuyó, de este modo, la barrera económica en casi todos los departamentos.

En el caso de los indígenas, en el 2008, la mayoría había consultado en centros o puestos de salud (37,8%), y en segundo lugar, a los sanatorios o clínicas privadas (19,8%) relacionadas a ONG o instituciones religiosas. Un 10% de las consultas se dieron en el Hospital del Indígena, de Limpio (departamento Central), y un 16,6%, con Chamanes (medicina tradicional).

Gráfico N° 10
Lugar de consulta de población indígena



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EIH 2008

2.2 Acceso a medicamentos

El acceso o no a los medicamentos es determinante cuando se trata del gasto de bolsillo en salud. En el 2006, solamente el 26,2% de quienes consultaron recibieron medicamentos tras la consulta, unas 220.831 personas. En 2010, el porcentaje saltó a 49,2%, beneficiando a 848.876 personas. En cuatro años, la gratuidad de servicios de salud cuadruplicó la cantidad de beneficiarios. Para el 2015, la tasa era de 60,1%, es decir, 1.060.831 personas que recibieron medicamentos, seis veces más que en el 2006. En el lapso de 10 años, el acceso a los medicamentos creció de 22,8% a 62,6% en áreas rurales, y de 28,6% a 58,4% en áreas urbanas.

El quintil más pobre fue el que más mejoró su acceso a medicamentos (aumentó 44 puntos porcentuales), pasando del 24,6% (2006) al 68,6% (2015). Esta tasa es la más alta de todos los quintiles y va decreciendo conforme aumentan los niveles de ingreso. El nivel más bajo, de 42,3%, correspondiente al quintil más rico. Fue entre el 2006 al 2009 cuando se dio el gran salto, casi duplicando los valores iniciales.

La duplicación de la tasa de acceso a medicamentos fue generalizada a nivel departamental: la población de San Pedro encabeza el ranking en el 2015, con 68,2%, aumentando 48,8 puntos porcentuales en la década. Le siguen Central, que subió de 28,8% a 65,5%; Asunción, de 25,7% a 59,6%; Caaguazú, de 21,6 a 55,5%; Itapúa, de 21,3 a 54,5% y por último, Alto Paraná, de 29,4 a 44,6%, siendo el departamento con menor tasa de recepción de medicamentos.

Otro indicador de la salud es la internación de personas que enferman o se accidentan⁵. A nivel nacional, hubo en tres años una leve tendencia al aumento, de 9,1% (2012) a 10,9% (2015). A medida que suben los niveles de ingreso, también crece la tasa de personas que estando enfermas, se internan: en el primer quintil es de 9,2%, y en el quinto, del 13,3%. Excepto San Pedro e Itapúa, este indicador mejoró en todos los departamentos. La población que enfermó en San Pedro exhibe en 2015 el menor porcentaje de internación, de 7,8%.

3. Tasa de mortalidad materna e infantil

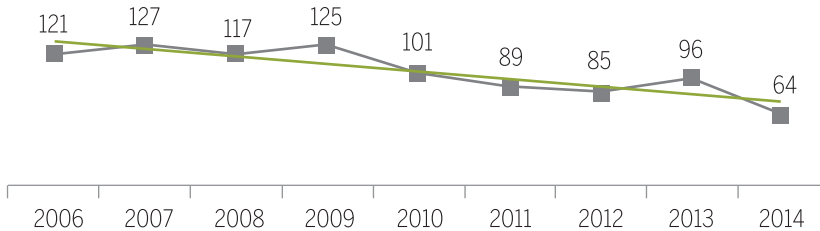
Para caracterizar la situación de salud, se emplean dos indicadores de la calidad de la atención a la salud y de las condiciones de vida y salud de una población: la Tasa o Razón de Mortalidad Materna y la de Mortalidad Infantil. Estos indicadores son propuestos por la Guía de Indicadores de Derechos Humanos de la ONU (2012) para el seguimiento y monitoreo del derecho a la salud. Se hace también el cálculo del Riesgo Atribuible Poblacional (RAP) como indicador de inequidad, que estima el total de las defunciones de menores de 1 año y de menores de 5 años que podrían haberse evitado con buenas condiciones socioeconómicas.

3.1. Mortalidad materna

La mortalidad materna evidencia las condiciones de vida y la calidad de atención de los servicios de salud, reflejando las respuestas adecuadas o no en tiempo y calidad, del sistema de salud. Sus principales causas –abortos, toxemias y hemorragias– son, en su mayoría prevenibles y están relacionadas a servicios de educación, de planificación familiar, de atención prenatal, de atención calificada del parto y las de emergencias obstétricas.

⁵ Para este indicador, las EPH tienen datos recién a partir del 2012.

Gráfico N° 11
Razón de Mortalidad Materna 2006-2014



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2006-2014.

Si bien la tendencia es al descenso de la razón de mortalidad materna desde el 2009, Paraguay no logró la meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) para el 2015, de una tasa de 40 por 100.000 nacidos vivos. Del 2006 al 2008, la tasa se mantiene fluctuante con valores entre 117 y 127 por 100.000 nacidos vivos. Desde el 2009 al 2012 experimenta una disminución progresiva (de 125 a 85 por 100.000 nacidos vivos, en 3 años). En el 2013, nuevamente asciende a 96 por 100.000 nacidos vivos, para descender a 63,9 al año siguiente, subiendo nuevamente en el 2015 a 81,8 por 100.000 nacidos vivos.

Tabla N° 5
Razón de Mortalidad Materna por Regiones Sanitarias, 2006-2015

Regiones Sanitarias	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015
1. Concepción	94,5	96,1	122,3	93,4	71,8	90,8	153,1
2. San Pedro	215,9	202,3	129,0	75,7	60,6	71,2	95,2
3. Cordillera	67,7	24,8	100,3	93,4	24,1	22,4	65,9
4. Guairá	58,8	137,9	105,4	67,0	100,9	33,0	99,3
5. Caaguazú	146,5	107,6	101,7	49,4	90,3	72,4	93,8
6. Caazapá	105,5	122,9	123,4	279,7	84,2	39,6	76,4
7. Itapúa	106,5	142,2	80,0	54,5	70,1	108,3	90,2
8. Misiones	53,2	112,7	294,3	105,9	55,1	01	51,4

Regiones Sanitarias	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015
9. Paraguari	147,9	63,7	64,1	63,6	66,1	63,6	62,8
10. Alto Paraná	100,9	150,8	142,9	81,5	151,6	83,1	79,8
II. Central	119,6	97,2	53,6	78,3	103,9	59,1	51,5
12. Ñeembucú	0,0	0	107,1	0	0	103,7	0
13. Amambay	143,8	85,4	162,6	65,7	35,6	66,6	190,4
14. Canindeyú	281,7	154,0	209,6	156,3	158,8	29,7	167,1
15. Presidente Hayes	172,9	221,5	155,8	151,2	157,8	195,2	90,5
16. Boquerón	429,2	389,1	79,0	72,3	152,2	0	346,7
17. Alto Paraguay	256,0	242,7	403,2	732,6	692,0	0	0
18. Asunción	76,7	94,4	88,1	93,4	64,1	31	52,1
Total País	121,4	117,4	100,8	84,9	96,3	63,9	81,8

Fuente: MSPBS/OPS (2016)

Se observan brechas departamentales importantes. Varios departamentos superan a la tasa nacional del 2015 de 81,8 por 100.000 nacidos vivos: los del Chaco tienen los mayores índices de Mortalidad Materna; en Alto Paraguay era de 692 por 100.000 nacidos vivos (2013); y en Pte. Hayes y Boquerón de 90,5 y 346,7 por 100.000 nacidos vivos respectivamente (2015). Entre los de la región oriental, en el 2015 Amambay tuvo una razón de 190,4 por 100.000 nacidos vivos, Canindeyú 167,1, Concepción 153,1 por 100.000 nacidos vivos. Los valores más bajos ese año fueron los de Central (51,4), Asunción (52,1) por 100.000 nacidos vivos); y Paraguari (62,8). La razón de mortalidad materna de Boquerón era 6,7 veces más alta que la de Asunción.

Estas brechas obedecen a causas múltiples, como la concentración de infraestructura y recursos humanos en salud en las zonas urbanas y sobre todo en Asunción y el Departamento Central, de modo que las zonas alejadas quedan casi sin cobertura (UNICEF, 2013).

3.2. Mortalidad infantil

Existe un estrecho vínculo entre el desarrollo de una sociedad (producción y distribución de bienes y servicios), y su nivel de salud. Muchos países de Latinoamérica sufrieron crisis económicas en las últimas décadas, que afectaron las condiciones de vida de la población, y de los menores de 5 años en particular. Este grupo etario es muy vulnerable al deterioro de las condiciones de vida. (Silva, 1990; Szwarcwald y col. 1997; Szwarcwald, 2000; Nascimento, 2001; Gutiérrez, 2003).

La mortalidad de menores de 1 año expresa las condiciones de vida de la población, y es un indicador de la calidad de los servicios de salud. Tasas altas reflejan la ineficiencia e ineficacia de la atención perinatal, dado que la muerte de recién nacidos está ligada a afecciones debidas al parto, y/o falta de asistencia adecuada del neonato (Silva, 1990). Otras causas son las malformaciones congénitas e infecciones del recién nacido.

Además, la tasa de mortalidad infantil refleja inequidades sociales, ya que surgen brechas al desagregarla por departamentos y/o distritos. Las cifras difieren además al comparar la población total con las indígenas. La mortalidad infantil entre pueblos indígenas de Paraguay cuadruplica la del promedio país, y llegó a ser la más alta de Latinoamérica (UNICEF, 2013).

Pese a no haber logrado en el 2015 la meta ODM de disminuir esa tasa a 10,1 por 1.000 nacidos vivos, Paraguay tuvo ciertos avances. Entre los años 2000 a 2015, se redujo a casi la mitad la mortalidad infantil y la de niños/as menores de 5 años, pero la muerte en el periodo neonatal no acompañó esta tendencia decreciente (Segundo Informe ODM, 2015, p.90).

Tabla N° 6
Tasa de Mortalidad Infantil

Indicador	Evolución del Indicador					Meta 2015
	2000	2005	2010	2014	2015	
4.1 Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad (por 1000 nacidos vivos).	25,6	21,8	19,3	16,8	16,4	13,3
4.2 Tasa registrada de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos).	20,2	17,8	16,3	14,5	14,2	10,1

Fuente: MSPBS/OPS (2016)

Para el 2015, la mortalidad de menores de 1 año mostraba brechas por departamentos, los chaqueños, como Pte. Hayes (19,9), Boquerón (22,9) y Alto Paraguay (23,6) presentaban tasas muy superiores a la de Asunción (13,1). También las tasas de Alto Paraná, Amambay, Canindeyú y Concepción superan al promedio nacional: con 17,8; 15,9; 15,6 y 16,6 respectivamente (ver Tabla N° 7).

Tabla N° 7
Tasa de Mortalidad Infantil por Regiones Sanitarias, 2006-2015

Regiones Sanitarias	2006	2008	2010	2012	2013	2014	2015
1. Concepción	25,3	29,6	21,0	16,1	19,1	16,6	16,6
2. San Pedro	15,7	18,0	18,5	15,7	15,0	10,4	12,2
3. Cordillera	16,7	18,1	14,3	15,6	10,9	11,9	16,9
4. Guairá	20,6	19,6	16,9	11,4	11,1	12,5	13,9
5. Caaguazú	12,7	14,5	14,6	12,5	13,5	13,4	12,4
6. Caazapá	20,7	15,2	14,0	12,8	8,4	11,1	14,5
7. Itapúa	17,2	14,6	15,1	12,7	11,1	11,6	10,8
8. Misiones	13,8	11,8	15,3	10,6	9,9	13,9	9,2
9. Paraguari	14,2	15,9	12,8	14,9	14,9	15,9	16,0
10. Alto Paraná	25,6	21,9	21,3	22,1	20,4	20,5	17,8
11. Central	14,7	12,9	14,8	12,2	13,9	13,4	12,8
12. Ñeembucú	24,6	15,2	11,8	16,9	7,5	12,4	14,2
13. Amambay	19,7	20,5	21,1	14,1	19,9	18,0	15,9
14. Canindeyú	22,9	13,9	15,4	12,5	11,8	17,3	15,6
15. Pte. Hayes	18,4	27,7	21,3	12,6	17,9	21,0	19,9
16. Boquerón	38,4	25,1	18,2	20,2	29,7	20,6	22,9
17. Alto Paraguay	21,5	19,5	0,0	29,3	17,3	43,8	23,6
18. Asunción	17,0	16,8	15,0	15,3	11,6	11,7	13,1
50. Extranjeros	22,2	76,9	0,0	12,0	3,9	7,0	10,6
TOTAL PAÍS	18,0	16,9	16,3	14,7	14,6	14,5	14,2

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2006-2015.

3.3. El Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP)

Un registro sistemático de las distintas brechas es útil para el diseño de políticas públicas de salud que logren la equidad, dado que los promedios nacionales expresan mal las diferencias regionales, sociales y étnicas. El Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual (RAP) es una medida de efecto o impacto de la situación socioeconómica sobre las condiciones de salud como resultado de posibles intervenciones. Es la parte o el porcentaje de la tasa general de morbilidad o mortalidad que podría reducirse si todos los grupos tuvieran las condiciones de vida del grupo socioeconómico más alto (Schneider 2002).

En el cálculo del RAP, se emplearon las cifras de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), con datos del último censo del 2012 como variable socioeconómica, y las tasas de mortalidad infantil del mismo año. El RAP para la mortalidad infantil del 2012 fue de 0.14 o 14%. Es decir, el 14% de la tasa general de mortalidad infantil del país se podría haber reducido si todos los departamentos del país tuvieran las tasas del departamento con mejor nivel socioeconómico, Asunción, que tuvo el menor valor de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Del total de las 1590 defunciones de menores de un año registradas ese año, 223 muertes pudieron ser evitadas.

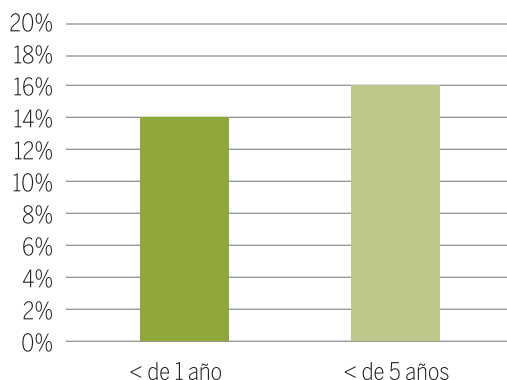
Respecto al grupo etario menor de 5 años, el cálculo dio 0.16, es decir, un porcentaje de 16% de fallecimientos posibles de ser evitados si la situación socioeconómica de cada departamento hubiera sido la de aquel con NBI más bajo, Asunción. Equivale a evitar 294 muertes de niños o niñas menores de 5 años de edad en el año 2012, sobre un total de defunciones de 1635. Esto significa la disminución proporcional de fallecimientos de menores de 5 años que se lograría si la población no continuara expuesta a las condiciones determinantes de las muertes de los menores de 5 años.

Tabla N° 8
Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual, Paraguay 2012

Edades	RAP%	N° defunciones	N° muertes a reducir
< de 1 año	14%	1590	223
< de 5 años	16%	1635	294

Fuente: MSPBS, INDIMOR 2012 / DGEEC, NBI 2012

Gráfico N° 12
Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual. Paraguay 2012



Fuente: MSPBS, INDIMOR 2012 / DGEEC, NBI 2012

4. Financiamiento del sector salud

El gasto o inversión social del Paraguay, medido en porcentaje del PIB, fue históricamente muy baja, y tuvo cierto incremento en la última década. Era en el año 2006 de 9,3, y subió al 12,0% en el 2015 (MH-UES, 2011/CEPAL, 2017). En cifras absolutas, la evolución en miles de millones de guaraníes fue de 3.346 en el 2006 a 17.190 para el 2015, es decir, se quintuplicó y más en una década (MH, 2017). En términos de gasto social por persona, se pasó de U\$S 129,1 en los años 2003-2004 a U\$S 305,4 en el 2012-2013 (Serafini, 2017).

En lo que respecta al gasto público en salud como % del PIB (como parte del gasto social), pasó de 2,7% en el 2006, a 3,5% en el 2008, y 4,5% para el 2010, cayendo ligeramente a 4,3% en el 2012. En contrapartida, el gasto privado en salud fue de 4,7% en el 2006; 4,2% en el 2008; cayó a 3,9% en el 2010 para aumentar nuevamente a 6,0% en el 2012. En ese lapso, el peso relativo del gasto privado en salud fue siempre mayor al del público, excepto en el 2010 (MSPBS 2011, Rodríguez 2016). El aumento en miles de millones de guaraníes fue progresivo desde el 2006 (865 miles de M) al 2015 (3.772 miles de M) (MH, 2017). En cuanto al gasto de salud por persona en dólares, era de U\$S 23,6 en los años 2003-2004 y saltó a U\$S 72,5 en el periodo 2012-2013 (Serafini, 2017).

4.1. Fuentes de financiamientos

El financiamiento del Subsector Público de Salud (Instituciones del MSPBS, Hospital de Clínicas Facultad de Ciencias Médicas (FCM-UNA), Sanidad Militar y Policial) proviene de los recursos (1) del tesoro público procedente de impuestos, (2) de créditos externos y (3) de los recursos institucionales propios.

A partir del año 2008, el MSPBS implementó la gratuidad de los servicios de salud, eliminando todos los aranceles cobrados en los establecimientos sanitarios dependientes del ministerio. El MSPBS sigue percibiendo aranceles, en conceptos como registro de medicamentos a través de la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria, o registro de alimentos a través del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), control por prestación de servicios en la Dirección de Registros y Control de Profesiones de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud, transferencia que recibe del IPS para financiar programas de prevención y los gastos del Programa Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores (SENEPA).

La declaración de gratuidad tuvo efectos en la composición relativa del financiamiento: en el año 2011, el presupuesto del MSPBS estuvo financiado en un 88% por recursos del tesoro público, 2% por créditos externos y 10% por recursos institucionales; en el año 2002 las cifras eran del 77,7%, 6,5% y 15,9% respectivamente (Gaete, 2011, p.1). Es decir, en la última década aumentó el financiamiento del presupuesto del MSPBS por parte del tesoro público, disminuyendo el de los créditos externos y los recursos institucionales. Esto implicó una disminución del gasto de bolsillo de las familias.

El subsector de la Seguridad Social –el Instituto de Previsión Social (IPS)– se financia con un 14% del aporte patronal y 9% del aporte de trabajadores, el Estado aporta el 1,5% del monto de los salarios declarados por los empleadores. El subsector privado se financia por pago directo de bolsillo de los usuarios, o fondos estatales en caso de funcionarios públicos con seguros privados (Banco Central, Binacionales, Parlamento Nacional, etc.).

4.2. Presupuesto asignado y ejecutado

El monto global del presupuesto asignado al MSPBS, creció un 346% en la última década. Era en el 2006 de G. 1.079 mil millones, tuvo un ligero crecimiento hasta el 2008, y se duplicó con rapidez del 2009 al 2013. Desde ese entonces creció a un ritmo más lento, para llegar a G. 4.817 mil millones de guaraníes en el 2015 (ver Tabla 9).

Respecto al desempeño de ese ministerio en la ejecución del presupuesto asignado, alcanzó un 76% en el 2006, cayó apenas, hasta tres cuartos del total asignado (75%), en el 2008. Entre los años 2010 y 2011 alcanzó sus cifras máximas, de 89% y 88%, respectivamente. Pero desde el 2012 tuvo un nuevo descenso, llegando al 77% de ejecución en el 2015.

Pese a esos incrementos de la inversión o gasto social en general y la de salud en particular, aún resultan insuficientes para garantizar el derecho a la salud a toda la población. Se requiere no sólo una mayor y sostenida inversión en salud (con base en un sistema tributario justo y progresivo), sino también mejorar los niveles de ejecución presupuestaria.

Tabla Nº 9
Evolución del Presupuesto del Ministerio de Salud 2006-2015

Año	2006	2007	2008	2009
Presupuesto vigente	1,079,139,470,232	1,332,080,077,040	1,393,357,803,702	2,042,577,501,479
Presupuesto ejecutado	864,961,438,621	1,036,784,119,567	1,050,301,232,082	1,543,167,662,187
%	80%	78%	75%	76%
Año	2010	2011	2012	2013
Presupuesto vigente	2,057,790,589,269	2,592,610,684,355	3,810,313,893,364	4,049,464,064,580
Presupuesto ejecutado	1,841,509,603,508	2,277,874,326,313	2,933,730,251,601	2,848,268,352,977
%	89%	88%	77%	70%
Año	2014	2015		
Presupuesto vigente	4,500,049,796,127	4,817,008,930,051		
Presupuesto ejecutado	3,449,020,968,231	3,714,493,515,514		
%	77%	77%		

Fuente: PE y PV MH, Boost Data, porcentaje elaboración propia

En lo que hace al presupuesto de la Dirección General de Atención Primaria de Salud (DGAPS), hubo un notable crecimiento desde el 2009 (el año anterior carecía de presupuesto) al 2012. Pero de ese año al 2014 el aumento fue escaso, y se convirtió en caída para el 2015 (Tabla N°10 y Gráfico N°13). Esto explicaría el estancamiento en la implementación de la estrategia de APS.

Tabla N° 10
Ejecución presupuestaria del 2009 al 2015 de la DGAPS

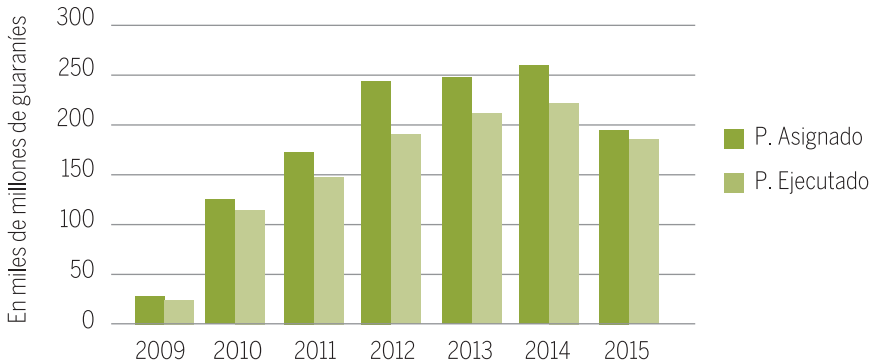
Presupuesto	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Presupuesto Asignado	28.335.822.706	124.847.340.821	171.503.320.443	244.107.955.195
Presupuesto Ejecutado	24.273.599.300	116.330.079.580	147.813.110.591	191.255.136.783
%	86%	93%	86%	78%

Presupuesto	Año 2013	Año 2014	Año 2015
Presupuesto Asignado	247.791.410.319	259.345.324.831	194.735.538.931
Presupuesto Ejecutado	211.785.582.065	221.530.009.872	184.918.575.239
%	85%	85%	95%

Fuente: Memoria DGAPS 2010-2011-2015-2016

% : Ejecución

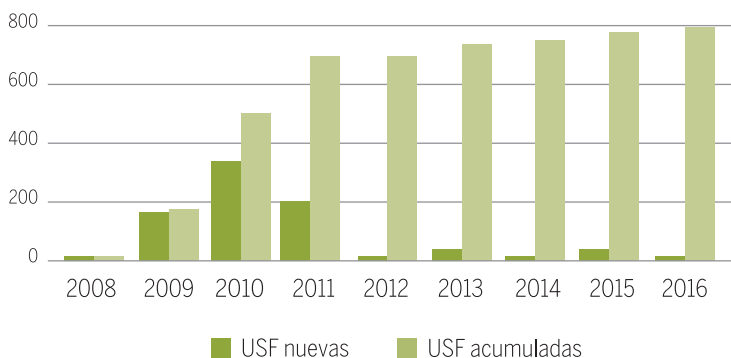
Gráfico N° 13
Presupuesto DGAPS Asignado y Ejecutado 2009-2015



Fuente: Memoria DGAPS 2010-2011-2015

Las USF empezaron a instalarse en el año 2008 con 13 USF; fueron 163 más en el 2009; 339 en el 2010; y 205 en el 2011. El 2012 y 2014 no registran instalación de USF nuevas, en el 2013 se instalaron 47; en el 2015 otras 41 y en el 2016 sólo 5 más. En resumen, desde diciembre de 2008 a diciembre de 2012 se instalaron 707 USF, mientras que en los siguientes 4 años se instalaron solamente 93 USF.

Gráfico N° 14
USF instaladas nuevas y acumuladas 2008-2009



Fuente: MSPBS-OPS IBS (2016) para 2008-2015 y Memoria MSPBS-DGAPS (2016) para el 2016)

4.3. Evidencias para invertir en salud

Los Estados deben asumir el financiamiento para mejorar el acceso a servicios de salud:

Sin financiamiento público, habrá quienes no podrán costear los servicios que requieren y se verán forzados a elegir la enfermedad –o incluso la muerte– y la ruina económica–una elección devastadora que ya está llevando a 150 millones de personas a la pobreza cada año. Los gobiernos que no protejan la salud y el patrimonio de su pueblo de esta manera serán incapaces de obtener los beneficios de una prosperidad económica y un crecimiento a largo plazo. El financiamiento público tiene el beneficio de ser más eficiente y capaz de controlar los costos que el financiamiento privado (Yamey y Beyeler, 2017, p.322).

Se ha demostrado que la inversión en salud tiene relación directa con el desarrollo económico sostenido:

Arrow y colegas calcularon la contribución de cinco sectores –educación, recursos naturales, climático (daños causados por emisiones de carbono), capital físico (máquinas, edificios, etc.) y salud– a la riqueza de cinco países durante el periodo de 1995-2000. Encontraron que una mejor salud aporta más a la riqueza que los demás sectores combinados. El gasto en salud dirigido a intervenciones altamente costo-efectivas es una inversión positiva que promueve el bienestar y la prosperidad económica. Las inversiones en salud correctas no son una carga para la economía; tienen el efecto contrario (Yamey y Beyeler, 2017, p.322-323).

El progreso logrado en la reducción de la mortalidad infantil en los últimos 20 a 30 años estaría en riesgo, de no mantener y avanzar en la inversión en salud.

Hoy en día mueren casi siete millones menos de niños que en 1990. La esperanza de vida promedio a nivel mundial ha aumentado seis años desde 1990, de tal manera que un niño nacido hoy puede esperar vivir hasta los 71 años de edad (Yamey y Beyeler, 2017, p.322).

Las experiencias recientes (errores y aciertos) de otros países, sobre todo de algunos vecinos que lograron mejorar los indicadores de morbimortalidad, proporcionan lecciones que permitirán al Paraguay avanzar y profundizar en la vigencia plena del derecho a la salud. Es fundamental que el Estado invierta en un sistema único de salud, de alcance universal y equitativo.

Conclusiones

La cobertura del IPS apenas se duplicó en una década, sumando en promedio 76.473 personas por año entre el 2006 y el 2015. La expansión se dio básicamente en Asunción y en el departamento Central, beneficiando ocho veces más al quinto quintil que al primero, el más pobre. Esta escasa cobertura obedece a la alta informalidad del empleo, y a la resistencia de la patronal a inscribir a sus empleados y obreros, que implica un aporte mensual de casi el 10% del salario.

La previsión social paraguaya privilegia entonces a trabajadores del sector público o a los de mayores ingresos. A eso se suman brechas territoriales: la tasa de afiliación al IPS de trabajadores urbanos excede en 17 puntos porcentuales a la de los rurales. La expansión del agronegocio en el interior–cereales, ganado– apenas genera empleo, y el trabajo asalariado rural mantiene altos niveles de informa-

lidad. Las brechas étnicas son aún peores: la cobertura del seguro IPS (EHI de 2008), para poblaciones indígenas, era ocho veces inferior al promedio nacional.

En la última década, se registró un aumento de enfermedades y accidentes: la proporción de personas enfermas/accidentadas pasó de 2 a 3 de cada 10 personas, entre 2006 al 2015. Esto podría significar una peor situación de la salud a nivel nacional, lo que es corroborado por los indicadores de morbilidad de la Enfermedades Transmisibles (ET) coexistiendo con las Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). El quintil más pobre enfermó más, y paradójicamente fue el que menos consultó al enfermarse: persiste entonces una brecha de inequidad en el acceso a servicios, según el nivel de ingresos.

Sin embargo, a nivel nacional hubo un aumento de personas –en 12,3 puntos porcentuales– que consultaron en los servicios públicos (Centros de salud, USF) en ese lapso. Y también de personas enfermas/accidentadas que consultaron con un profesional (doctor); en directa relación con la gratuidad de servicios de salud y la implementación de la estrategia de APS.

La consulta con un doctor garantiza el diagnóstico y tratamiento etiológico de una enfermedad, mientras la consulta con el enfermero/farmacéutico tiende hacia un tratamiento sintomático y no a la curación de la dolencia.

Las reformas del sistema de salud implementadas desde el 2008 lograron disminuir barreras de acceso. El motivo de no consulta “porque no hay servicios de salud cercanos a su domicilio” cayó del 18,3% (2006) a 6,8% (2013): las USF consiguieron incluir a mucha mayor población en los servicios de salud pública, al instalarse en cercanía a las comunidades de todo el país. Sin embargo, los pueblos indígenas siguen siendo excluidos, con tasas de acceso inferiores al del quintil más pobre de la población no indígena.

El acceso a medicamentos mejoró para la población, sobre todo para la de menores ingresos: en el lapso 2006-2015, la proporción de personas del primer quintil que accedió a medicamentos tras la consulta saltó de 3 a 7 de cada 10 personas. Esto confirma que la universalidad del acceso a servicios de salud, junto a la gratuidad de medicamentos básicos, permite la inclusión de amplios grupos antes excluidos por razones económicas.

La Tasa de Mortalidad Materna cayó de manera progresiva del 2009 al 2012, por el desarrollo de la Red Integrada de Servicios de Salud y atención primaria a las mujeres embarazadas, con controles prenatales y partos hospitalarios. Sin embargo, persisten inequidades socio-geográficas: las mayores cifras de muertes

maternas se dan en los departamentos de altas tasas de pobreza como Alto Paraguay, Pte. Hayes y Boquerón.

Del 2000 al 2014, se redujo la mortalidad infantil, pero la mortalidad en el periodo neonatal no acompañó la tendencia decreciente. También este indicador de salud revela brechas socio-geográficas: las peores cifras corresponden al Chaco, región de mayores necesidades básicas insatisfechas y menor acceso a servicios de salud.

De las 1.590 defunciones de menores de 1 año en el 2012, el Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual fue del 14%, es decir, 223 muertes infantiles que podrían haberse evitado si todos los departamentos hubiesen tenido las mismas condiciones socio económicas que Asunción. El RAP para menores de 5 años, del 16%, significó 294 muertes evitables de niños y niñas debido a la persistencia de estas desigualdades socioeconómicas.

Finalmente, el aumento del gasto público en salud, de 346% entre el 2006 y el 2015, y el crecimiento de montos asignados a la Dirección General de Atención Primaria de Salud, se revela auspicioso, pero aún insuficiente para garantizar efectivamente el derecho de la población a una vida sana y saludable.

Desafíos de políticas públicas

El Estado paraguayo debe garantizar el pleno ejercicio del Estado Social de Derecho asegurando el cumplimiento, reconocimiento, promoción y restitución de los DDHH, así como la inversión social progresiva. Un sistema tributario equitativo, de carácter progresivo y redistributivo, dará sustentabilidad económica a políticas públicas en salud.

Debe aumentar progresivamente el Presupuesto de Gastos de la Nación (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. La inversión en salud pública debería alcanzar al menos un 5% del PIB. Por su parte el sector de atención primaria de salud (APS), requiere ser priorizada, alcanzando al menos el 25% del total de los gastos en salud.

El Sistema Público de Salud debe desarrollarse hacia un Sistema Único de Salud, con los principios de universalidad, integralidad, equidad, gratuidad, partici-

pación social, interculturalidad y bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La red pública de salud, dependiente del MSPBS, requiere una mayor articulación con el IPS, de modo a superar la segmentación y duplicación de recursos. Se requieren avances en el acceso gratuito a servicios simples y complejos y en la provisión gratuita de los medicamentos e insumos.

Es imprescindible la participación de la ciudadanía organizada como controladores del desarrollo local, regional y nacional, como en la definición, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas públicas sociales y de salud.

Es necesario un abordaje integral en la atención médica, que incluya la dimensión biopsicosocial de las personas, según la etapa del curso vital en la que se encuentran, sus relaciones y vínculos familiares, y las condiciones de vida relacionadas con su entorno.

Finalmente, el Estado debe cerrar las amplias brechas existentes respecto a la población indígena en el acceso a los servicios de salud, limitando las barreras socio-económicas y culturales. Urge la aplicación de una Política de Salud Indígena, con lineamientos que faciliten el acceso de esta población a los servicios de salud de diferente complejidad, con un enfoque intercultural.

Referencias bibliográficas

- Albacar, E. y Borrell, C. (2004). Evolución de la mortalidad infantil en la ciudad de Barcelona (1983-1998). Barcelona, jan/fev. *Gaceta Sanitaria* v 18 n° 1.
- Almeida, V., Vieira, M., Alfonso, J., et al. (1996). Avaliação da atenção à saúde a través da investigação de óbitos infantis. Rio De Janeiro. *Cadernos de saúde pública* Vol 12 Supl. 2.
- CEPAL. (2016). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas – CESCR. (2000). Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafos 3 y 8.
- Crónica ONU. (2015). *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y un 2030 más saludable*. Objetivo 3 Volumen LI núm. 4 2014, Abril. Recuperado de: <https://unchronicle.un.org/es/article/objetivo-3-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible-y-un-2030-m-s-saludable>
- De Negri, A. (2009). *Hacia una nación de derechos. Por un Sistema Nacional de Protecciones Sociales*. Asunción.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, Asamblea General de la ONU. (1948).
- DGEEC. (2005). *Censo 2002 de Población Indígena*. Recuperado de: http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/condiciones_de_vida_de_la_problacion_paraguaya/7%20Poblacion%20Indigena.pdf
- DGEEC. (2012). III *Censo Nacional de Población y viviendas para pueblos indígenas*.
- Gabinete Social. (2015). *Objetivos de desarrollo del milenio*. Segundo Informe de gobierno, setiembre 2015. Metas ODS.
- Gutiérrez, J. y Bertozzi, S. (2003). La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil. *Salud Pública de México*, vol 45(2). pp. 102-109.
- Ministerio de Hacienda. (sf). Evolución del Gasto Social 2003-2017. Recuperado del Portal del MH: www.hacienda.gov.py.
- Movimiento por la Salud de los Pueblos. (2006). *Guía de evaluación del Derecho a la Salud*. México.
- MSPBS. Memoria DGAPS 2015-2016.
- MSPBS. (2011). *Modelo de Atención Integral*, documento de trabajo, Paraguay.
- MSPBS. (sf). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013*.
- 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>
- MSPBS/UNICEF/CONAPI. (2009). *Política Nacional de Salud Indígena*. Recuperado de: <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/06/Politica-Nacional-de-Salud-Indigena1.pdf>
- Nascimento, M., Almeida, P., Paim, J. et al. (2001). Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cadernos de saúde pública*, Vol 17(3). Rio De Janeiro, Mayo - Junio.
- PNUD/UNICEF/UNFPA. (sf). El gasto social en el 2006 y el presupuesto para el 2007.
- Rubén Gaete. (2011). *Financiamiento y Gasto en Salud*. Paraguay.

- Schneider, M., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J. et al. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista panamericana de la salud*, Vol. 12(6), pp. 398-414.
- Serafini, V. (2017). *Paraguay: Inversión en Protección Social no contributiva. Avances y desafíos una década después*. Asunción: CADEP. Paraguay Debate. UE.
- Silva, C. y Durán, E. (1990). Mortalidad infantil y condiciones higiénico-sociales en las Américas. Un estudio de correlación. São Paulo. *Revista de saúde pública*, Vol. 24(6).
- STP-DGEEC. (2006-2015). Encuesta Permanente de Hogares. Principales Resultados por Departamentos.
- Szwarcwald C., Leal M., Castilho E., et al. (1997). Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? *Cadernos de saúde pública*, Vol. 13(3).
- Szwarcwald C., Romero D. (2000). Crisis económica y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. *Cadernos de saúde pública*, Vol. 16(3).
- UNICEF. (2013). *Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay*. Asunción.
- Whitehead M. (1991). *The Concepts And Principles Of Equity And Health*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Yamey, G., Beyeler, N., Wadge, H. y Jamison, D. (2016). Invirtiendo en salud: el argumento económico. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud. *Salud Pública México*, 59, pp. 321-342. Recuperado de: <https://doi.org/10.21149/8675>.
- Zwarcwald, C., Leal M., Tavares, C. y Souza Jr., P. (2002). Estimaco da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informaoes sobre óbitos e nascimentos do ministério da saúde? *Cadernos de saúde pública*, Vol. 18(6).

Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia - USF

Claudina Zavattiero

INDICADORES SALUD POBREZA UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA EVALUACIÓN PARAGUAY AGUA SANEAMIENTO DERECHOS HUMANOS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO IMPUESTOS DIRECTOS E INDIRECTOS EQUIDAD EDUCATIVA SISTEMA EDUCATIVO DESIGUALDADES SOCIALES INVERSIÓN EN EDUCACIÓN GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

La presente investigación se encarga de evaluar las Unidades de Salud de la Familia (USF) implementadas desde el 2008 por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) del Paraguay. El estudio ofrece evidencias empíricas para analizar al Estado en su rol de garante de bienes públicos para generar equidad social y desarrollo sostenible.

Las USF, como parte de la estrategia de Atención Primera de la Salud (APS) y esta a su vez enmarcada en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, por tanto, de un sistema público de salud, buscan enfrentar y dar solución a problemas como: el alto gasto de bolsillo para la atención y recuperación de la salud, la alta morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles, la insuficiente cobertura y la baja calidad de la prestación de los servicios, a un sistema de salud excluyente de los grupos más vulnerables, a la excesiva burocracia y corrupción en la gestión y persistente centralización y fragmentación del sistema de salud. La estrategia de APS organiza el sistema de salud público en redes de servicios, articulándolos entre sí, de manera a dar una respuesta integral al problema de salud. La Red de Atención Primaria debería ser la puerta de entrada preferente al sistema público.

Las principales debilidades identificadas en el estudio guardan relación con la falta de cobertura universal, el desequilibrio entre las actividades de promoción, de prevención y las curativas, y la falta de completitud de los recursos humanos. Habiendo identificado la necesidad de incrementar significativamente el número de unidades, llama la atención el estancamiento en la implementación de nuevas unidades en los últimos años, haciendo suponer que el grado de priorización depende de la voluntad política y de la inversión financiera.

Palabras clave: Evaluación, Unidades de Salud de la Familia (USF), Paraguay

Introducción

Las metas de las políticas públicas en el área de la salud son prácticamente las mismas en todo el mundo, siendo los objetivos universales: mejorar la salud y extender el tiempo de vida (OMS, 1978). No obstante, existen discrepancias entre el derecho de todas las personas a una vida larga y saludable, y las condiciones reales de la sociedad en cuanto al goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro social y los servicios sociales¹.

Las desigualdades según condiciones económicas, sociales, étnicas, culturales, educativas, laborales, de género, geográficas, en personas con discapacidades, VIH/sida, e incluso las generacionales muestran que el estado de salud y el acceso al sistema sanitario público no se da de igual manera en todos los sectores, siendo la pobreza e inequidad causa y consecuencia de dichas situaciones.

Estas diferencias entre distintos grupos sociales representan, al mismo tiempo, el resultado de las acciones del gobierno y el compromiso que el mismo tiene de respetar, proteger, satisfacer y garantizar el acceso a una vida digna a todas las personas. Sin embargo, los recursos técnicos, económicos y humanos destinados al sistema de salud son limitados y resultan insuficientes para cubrir las necesidades de salud de la población².

La cantidad de recursos disponibles para la implementación de políticas sanitarias definen los límites de las acciones del Estado. La escasez o el mal uso de esos recursos restringen la expansión de los bienes, servicios y oportunidades destina-

-
- 1 La Declaración de Alma Ata reiteró que por salud se debe entender “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad [...]” La definió también como un “derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante [...] cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OMS, 1978). El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr fue consagrado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 (OMS, 1946), expresado en la Declaración Universal (artículo 25) y Americana (artículo 11) de Derechos Humanos en 1948, afianzado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y reiterado en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud de 1998 (Resolución WHA51.7). El enfoque de derechos implica el reconocimiento de las personas como titulares de derechos que parten de su dignidad y las obligaciones del Estado en su cumplimiento, debido a la naturaleza jurídica. Esta perspectiva implica un cambio en la lógica de construcción de políticas que deben adoptar los Estados, que pasa de satisfacer las necesidades a garantizar las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos de los sectores excluidos.
 - 2 El gasto público en salud es del 4,5% del PIB en 2014 (CADEP, 2017). La inversión en salud ocupa el segundo lugar en términos del esfuerzo fiscal, con un promedio del 19,1% del Gasto Social (Paraguay Debate, 2015).

dos a satisfacer las necesidades de salud, ocasionando una cobertura incompleta que impide disminuir la distancia entre el sistema y la población. Situación preocupante si se considera que solamente un cuarto de la población tiene algún tipo de cobertura de seguro médico (DGEEC, 2016).

En este contexto, desde el 2008 se vienen implementando Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (PPCVSE) que reorienta el sistema público de salud en redes. Un Sistema Nacional de Salud inspirado en una política en salud que parte del derecho a la salud y calidad de vida como derechos humanos fundamentales que se satisfacen con la universalización de los derechos humanos (sociales, económicos, políticos, culturales y civiles). Asimismo, se sustenta en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social. Desde esta perspectiva, el sistema de salud es responsabilidad del Estado y tiene el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención a la salud con calidad así como incidir en los determinantes sociales de la salud-enfermedad, junto a otros actores y sectores del desarrollo, en la búsqueda de superar inequidades en salud y construir calidad de vida para los y las habitantes del país (PPCVSE / MSPBS, 2009).

Dentro de este cambio de enfoque basado en los derechos, las Unidades de Salud de la Familia (USF) conforman la Red de Atención Primaria, que articuladas entre sí y con las otras redes conforman el Sistema Público de Salud. Las USF al estar conformadas por un médico, licenciadas y enfermeras son capaces de resolver la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad, solamente los casos que requieran atención especializada deben ser derivados a otras redes de mayor complejidad y una vez que se resuelve el problema los pacientes son de nuevos referidos a la USF para su seguimiento.

A pesar de la relevancia de la estrategia de APS, a la fecha aún existe un déficit de unidades y por ende, persisten poblaciones no cubiertas. Si se considera que en 2016 las USF tienen una cobertura aproximada de 2.240.000 habitantes, se requieren 2.450 unidades para contar con una cobertura universal, y se tienen 800. En otras palabras, la cobertura estimada de USF es del 33%³.

Dado el panorama brevemente presentado, cualquier esfuerzo en racionalizar la gestión de estos recursos redundará en una extensión y mejora del servicio. Por esta razón, el estudio realiza una evaluación descriptiva de las USF a partir de evidencia cuantitativa disponible en fuentes de datos oficiales, como los registros

3 El cálculo se realizó con base en datos proporcionados por MSPBS, Dirección General de Atención Primaria de la Salud (junio de 2017).

administrativos del MSPBS y las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). La evaluación toma en cuenta que la situación actual es producto de procesos anteriores, del contexto actual (político, económico y social) y de las coyunturas en las que se ejerce la gestión.

El documento consta de tres capítulos. El primer capítulo describe a grandes rasgos el sistema de salud pública del país. El segundo capítulo aborda el contexto sociodemográfico y la situación actual de la salud de la población paraguaya a partir de los determinantes sociales. El tercer capítulo presenta la evaluación descriptiva de las USF, dando cuenta de la cobertura en unidades, población, recursos humanos y atención que realiza. Finalmente, se presentan las conclusiones y desafíos para una política pública de salud a nivel nacional.

1. El sistema de salud pública

El derecho de la salud de la población paraguaya está contenido en la Constitución de 1992 (art. n° 3, 68 y 69), el Código Sanitario (Ley N° 836/80) y la Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS). Dicha Ley, reglamentada en 1998 (Decreto N° 21.376/98)⁴, para reorganizar el SNS, establece “la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud”, en cumplimiento a lo expresado en el art. 69 de la Constitución de 1992⁵.

El SNS opera mediante la oferta de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes⁶.

El sistema de salud en Paraguay esta segmentado y fragmentado (Dullak, et al., 2011). La segmentación (sector público, seguro social y sector privado con y sin fines de lucro) impone condiciones de acceso para la provisión y el aseguramiento

4 La finalidad primordial del SNS es 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.

5 “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”.

6 La composición del Sistema Nacional de Salud se detalla en el Anexo I.

que restringe el ejercicio del derecho a la salud y el logro de mejores resultados de salud. Por su parte, la fragmentación, que se da cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica⁷, impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto (Acuña, 2005).

En 2008, el MSPBS propuso un nuevo enfoque del sistema de salud inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusividad, atención integral de la salud, promoción de la salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en la Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (MSPBS, 2009a). La implementación de dicha estrategia supone pasar de un modo asistencial y curativo a un modo promocional de la salud y de la calidad de vida. Supone también, romper con la lógica fragmentada de los programas de salud y con la disociación entre lo asistencial y lo programático, dado que la aplicación de la misma permite dar respuestas integrales, orientando el modo de atención y gestión (MSPBS, 2009b).

Como estrategia para reducir el alto gasto de bolsillo para la atención/recuperación de la salud, se implementó la gratuidad universal de la atención sanitaria (atención, internación hospitalaria, cirugías, estudios auxiliares, medicamentos, etc., Resolución S.G. N° 140/08, S.G. N° 363/08 y S.G. N° 1.074/09)⁸. Se suma a estas gestiones la creación de la Dirección de Atención Primaria de Salud (Resolución S.G. N° 101/08) y la implementación del Modelo de Salud de la Familia para mejorar la cobertura insuficiente y, la baja calidad en la prestación de servicios. En consecuencia, se empezó a implementar la Atención Primaria de Salud (APS), a fin de ubicar los servicios más cerca de la población.

En el marco de la APS, las Unidades de Salud de la Familia (USF) están llamadas a funcionar como puerta de entrada a la comunidad, de modo que las relacio-

7 El MSPBS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El Instituto de Previsión Social desarrolla funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento, pero los segmentos son autónomos y no existe articulación entre ellos (Dullak et al., 2011).

8 Si bien desde hace varios años se venían implementando diferentes medidas de exoneración del cobro de aranceles a diversos segmentos de la población (en 2000 en menores de 5 años y embarazadas, en 2006 se extiende a menores de 10 años y para el 2007 se amplía la atención gratuita a embarazadas y recién nacidos, posteriormente se extiende la gratuidad hasta la adolescencia y población vulnerable incluyendo la entrega de medicamentos básicos esenciales y vacunas), no fue hasta finales del 2009 que se logra la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del MSPBS.

nes entre la ciudadanía y el sistema de salud se canalicen necesariamente a través de las USF. Estas, a su vez, están encargadas de derivar a las personas a los distintos niveles de atención sanitaria cuando corresponda.

De esta manera, apuntan a reducir la exclusión social aumentando la cobertura y el acceso a las redes de atención, en especial, la población vulnerable, asegurando una atención permanente y continua. Además de proporcionar diagnóstico y cuidados de atención primaria, las USF se encargan de difundir la llamada “Cultura de la Salud y de la Calidad de Vida” entre la población. Su estrategia implica actuar sobre las causas o condiciones sociales que generan las enfermedades, haciendo a la comunidad participe del cuidado de la calidad de vida y de la salud de sus integrantes (Paraguay Debate, 2015).

Desde fines del 2008 la implementación de las USF cambia la estrategia de atención⁹ y se convierte en la puerta de entrada con un médico de familia y primer nivel de atención, jerarquizando y ordenando la atención de manera a obtener una mayor racionalización en la utilización del resto de los servicios de salud.

La Red de APS se articula con las redes de Policlínica de Especialidades, de Urgencias y demás redes del sistema donde son referidos los casos que requieren atención especializada (MSPBS, 2009a).

En los niveles subnacionales, la conducción de la APS es ejercida por las autoridades sanitarias, apoyadas por las autoridades políticas, a través de los Consejos regionales y locales de salud, incluidos los intendentes, además de líderes comunitarios, profesionales y promotores o agentes comunitarios. (Dullak et al., 2011, p.2869)

El MSPBS dispone actualmente de 800 USF entre los 1.404 establecimientos que proveen servicios asistenciales de salud¹⁰, muchas de ellas funcionan en los

9 Las actividades asistenciales se realizaban en los servicios, diferenciados por niveles de atención, conforme a un manual de organización que hasta el año 2008 preveía los niveles de Puestos de Salud y Dispensarios como las puertas de entrada y los niveles de Centros de Salud y Hospitales Distritales como centros de derivación primaria y luego a los hospitales distritales y finalmente a los hospitales de referencia nacional.

10 Complementariamente, la red de servicios para la atención comunitaria y la atención primaria de salud (sin internación) está conformada por 97 Centros de Salud (CS), 378 Puestos de Salud (PS) y 53 Dispensarios. Para la atención médica especializada y fortalecimiento de las prestaciones de salud dispone de 70 hospitales de los cuales 17 son de referencia regional, 37 distritales, 2 generales, 4 especializados y 10 materno infantiles. Completa el sistema 11 centros especializados (MSPBS/DIGIES/DES, 2015). Parte importante de la atención especializada se concentra en la zona central del país. El programa de Asistencia en Emergencias Médicas está en Asunción y es el único a nivel nacional para esa especialidad (Paraguay Debate; CADEP, 2015). También se verifica que del total de médicos del MSPBS, el 64,5% están en Asunción y Central (DGEEC, 2015b).

antiguos Puestos de Salud. En las USF se realizan en forma gratuita controles de salud, consultas generales, control de crecimiento y desarrollo, vacunaciones, control prenatal, planificación familiar, examen de mamas, control de presión arterial, azúcar en sangre, curaciones, visitas domiciliarias y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

2. La salud de la población paraguaya

2.1 Contexto sociodemográfico

Deben contextualizarse algunos aspectos que determinan las condiciones de salud de la población paraguaya, como su estructura y composición por sexo y edad, el nivel educativo y el acceso a determinados servicios básicos.

La población actual de Paraguay, en torno a 6,8 millones de habitantes, presenta paridad por sexo a nivel nacional (50,4% hombres y el 49,6% mujeres)¹¹ y se encuentra desigualmente distribuida en el territorio nacional¹². La mayor parte de la población reside en zonas urbanas (61,2%) con un lento proceso de urbanización (DGEEC, 2016). La población indígena representa al 1,8% de la población total y se distribuye homogéneamente entre regiones, un poco más de la mitad (52%) en la región Oriental y el resto (48%) en la Occidental (DGEEC, 2014).

Históricamente el Paraguay tuvo una estructura poblacional predominantemente joven, producto de las altas tasas de fecundidad prevalecientes hasta mediados del siglo pasado. Las reducciones en los niveles de mortalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer¹³ produjeron cambios en la estructura de la población. En términos demográficos, hoy es un país incipientemente envejecido (9,1% de la población tiene 60 años y más y 30,5% de población menor a 15 años) (DGEEC, 2016).

11 Esta tendencia se invierte a partir de los 30 años de edad y en mayor medida en las edades adultas mayores a raíz de una sobremortalidad masculina.

12 La región Occidental o Chaco, con tres departamentos y el 61% de la superficie total concentra menos del 3% de la población (densidad poblacional de 0,8 hab./km²), en tanto, la Región Oriental con 14 departamentos posee el 39% del territorio y el 97,1% de la población (42 hab./km²).

13 Representa el número medio de años de vida esperados para un recién nacido, manteniendo el patrón de mortalidad existente, en la población residente en determinado espacio geográfico en un año considerado. Actualmente los hombres tienen una esperanza de vida de 71,5 años y las mujeres de 75,9 años (CELADE, 2015).

Al descender la natalidad¹⁴, la principal causa del aumento poblacional fue la disminución de la mortalidad, en especial la infantil y la de los adultos mayores. Paraguay ingresa a la década del 50 con una tasa bruta de mortalidad de 8,8 por mil habitantes, la cual desciende sostenidamente hasta la actualidad (2010-2015), llegando a 5,7 por mil. Posteriormente comenzará a ascender como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población (DGEEC, 2015a).

La disminución de la mortalidad constituye un importante logro que refleja mejoras en los sistemas sanitarios, educativos, económicos y sociales, al tiempo que representa un aumento de la longevidad de las personas. Este fenómeno desafía la planificación del sistema de salud con demandas presentes y futuras de la población adulta mayor.

Por otra parte, la población rural presenta una mayor vulnerabilidad que en las zonas urbanas, debido a bajos niveles educativos, bajos ingresos, precariedad de la vivienda, problemas de acceso a los servicios sociales y de salud, limitación en transportes públicos, entre otros. Debe recordarse además que la pobreza rural es muy superior a la urbana.

A nivel nacional la pobreza afecta al 28,9% de la población, incluido un 5,7% en condiciones de extrema pobreza o indigencia. Esta realidad, que afecta a más de 1.900.000 personas en el país, y que aumentó respecto a 2015, es casi dos veces mayor en términos porcentuales en el área rural frente al área urbana (39,7% y 21,9% respectivamente). La brecha entre áreas es todavía más profunda si se considera la pobreza extrema, 7,5 veces superior en el área rural respecto a la urbana (12,2% y 1,6% respectivamente) (DGEEC, 2016).

Las personas en situación de extrema pobreza no tienen la capacidad de adquirir una canasta básica de alimentos, lo que da como resultado poblaciones mal nutridas o alimentadas, con sus efectos negativos sobre el estado de salud. El daño que provoca la miseria repercute en varias generaciones, por ejemplo, el bajo peso al nacer, que afecta al 6% de los recién nacidos, indica en la mayoría de los casos, procesos acumulativos de privación y pobreza. Gran parte de la población infantil pobre sufre desnutrición, infecciones y diarrea. En medios rurales además padece exposición a agro tóxicos y contaminación (MSPBS, 2010).

14 La tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 3,5 en 2001 a 2,5 hijos en promedio por mujer en la actualidad (DGEEC, 2015a), provocando una reducción en la proporción de niños. La TGF es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante el periodo fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y no estuvieron expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del periodo fértil.

Otros aspectos que inciden en el estado de salud de la población son las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos. El acceso a agua corriente dista de ser universal en el país, puesto que el 19,4% de los hogares no accede, otro 20,9% de los hogares no posee desagüe cloacal adecuado y casi la mitad de los hogares continúan utilizando la quema como medio de eliminación de residuos (DGEEC, 2016), por la ausencia del servicio de recolección. En estos indicadores existen grandes diferencias entre el medio urbano y el rural, en detrimento de este último.

Uno de los pilares de la propuesta de las USF es la promoción de la salud. Para una adecuada toma de decisiones por parte de las personas abordadas, se requiere que tengan cierto nivel de instrucción que les permita utilizar críticamente la información recibida. En este sentido, la población de 15 años y más accede a niveles básicos de educación, es decir, en promedio a 9 años de estudio y un 5,4% es analfabeta. Las mujeres tienen mayor porcentaje de analfabetismo que los hombres, y aumenta según se trate de mujeres urbanas o rurales (3,8%, y 10,8% respectivamente) (DGEEC, 2016).

Del total de la población en edad escolar (de 6 a 17 años) el 7,5% no asiste a la escuela y en el caso de la niñez y adolescencia del área rural dicha cifra asciende a 9,2% (DGEEC, 2016). Debe recordarse que históricamente la dotación de servicios se ha caracterizado por una mayor presencia en el área urbana, en detrimento del área rural.

En suma, Paraguay transita actualmente el estadio de transición demográfica plena, presentando proporcionalmente disminuciones en el grupo de menores de 15 años, aumentos en el grupo en edades de trabajar, las mujeres en edades fértiles y los mayores de 60 años, longevidad prolongada y envejecimiento de la población, con una marcada tendencia a vivir en las ciudades.

Estos hechos tienen importantes implicancias en términos sanitarios dado que las necesidades de atención se transforman a partir de los cambios de la población. Cuando el país llegue a la etapa avanzada de transición demográfica, es decir, con una gran proporción de adultos mayores, tendrá múltiples desafíos. Algunos ya perceptibles son el cuidado de las personas dependientes, que en muchos casos tienen dificultades para desempeñarse por sí solos en la vida diaria y la atención de las enfermedades crónicas que vienen en aumento producto de la transición epidemiológica¹⁵.

15 Ocorre cuando disminuye la carga de enfermedades infecciosas, como la diarrea, asociadas normalmente con condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, y aumenta la carga de las enfermedades crónicas. Entre éstas se encuentran la diabetes, hipertensión, condiciones cardíacas y enfermedades pulmonares, que generalmente se asocian a estilos de vida poco saludables, caracterizados por el sedentarismo, tabaquismo, consumo de alimentos de alta densidad calórica y exceso en el consumo del alcohol (BID, 2017).

2.2 Indicadores de salud

La salud de la población en Paraguay ha mejorado significativamente en las últimas décadas. Un indicador sintético de esta realidad es la esperanza de vida al nacer de una persona, que en 1950 era de 62,7 años en promedio, mientras que en 2015 alcanza 73,7 años (incremento de 11 años). Se estima que en los siguientes 65 años (2080) llegará a 81,7 años, es decir, un incremento más lento (8 años) (CELADE, 2015).

Dicho aumento se relaciona con la disminución de los niveles de mortalidad, lo que en conjunto da cuenta de las mejoras en las condiciones socioeconómicas de un país, del acceso y calidad de los servicios de atención a la salud, de las políticas de protección social en salud y transversalmente de las de educación y acceso a oportunidades plenas en la sociedad (Mojarro, et al., 2003; Díaz Echeverría, 2006).

La tasa de mortalidad infantil, que mide el número de muertes durante el primer año de vida, registrada por el MSPBS ha disminuido: en 1990 la tasa promedio era de 30,4 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, cifra que en 2015 disminuyó a 14,2. Del mismo modo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años mantiene una tendencia descendente (25,6 por 1.000 nacidos vivos en 2.000 a 16,4 en 2015). El 86,8% de las muertes registradas de niños y niñas menores de 5 años de edad se produce en el primer año de vida y el 59,4% en los primeros 28 días de vida, además la mortalidad en este grupo es mayor en los varones. La segunda causa de muerte en niños menores de un año es por lesiones debidas al parto que podrían reducirse o evitarse en el sistema de salud y la principal razón en niños de 1 a 4 años es por causas externas como accidentes y traumatismos (MSPBS, 2015).

En edades adultas la tasa de mortalidad por 100.000 adultos entre 15-59 años es de 198 y la razón de mortalidad materna (RMM) por 100.000 nacidos vivos es de 81,8 en 2015, habiéndose reducido un 54,5% respecto de 1990 (150 defunciones por 100.000 nacidos vivos). No obstante, cabe resaltar que dicha razón presenta fluctuaciones en los últimos años que impiden aseverar que la reducción será sostenida e inclusive podría apelar el cumplimiento de las metas de reducción asumidas en los ODS¹⁶. Asimismo, la RMM es más elevada en determinadas zonas del país, en Misiones es de 51,4 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en Boquerón es de 346,7 por 100.000 nacidos vivos (MSPBS, 2015). La reducción de la mortalidad materna ha sido posible en parte gracias al incremento de los partos institucionales que ha pasado de 84,5% en 2000 a 97% en 2015 (Cuadro N°1). También

16 El tercer ODS en salud y bienestar plantea reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos para el 2030.

se tiene un alto número de embarazos adolescentes, el 17,7% de los nacidos vivos registrados por el MSPBS en 2015 tienen como madres mujeres entre 10 y 19 años.

Cuadro N° 1
Indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud - Paraguay

Indicador	Valor	Fuente y año
Indicadores demográficos		
Población total	6.775.786	EPH 2016
Población menor a 5 años (%)	10,3	EPH 2016
Población menor a 15 años (%)	30,5	EPH 2016
Población de 60 años y más (%)	9,1	EPH 2016
Población indígena (%)	1,8	CNPV 2012
Edad mediana (años)	24	EPH 2016
Población en áreas urbanas (%)	61,2	EPH 2016
Tasa Global de Fecundidad	2,4	CELADE 2015-2020
Nacimientos anuales (en miles)	136,6	CELADE 2015-2020
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000)	5,7	CELADE 2015-2020
Muertes anuales (en miles)	38,8	CELADE 2015-2020
Subregistro de nacimientos (%)	19,6	MSPBS 2015
Subregistro de defunciones (%)	25,2	MSPBS 2015
Esperanza de vida al nacer	73,7	CELADE 2015-2020
Indicadores de salud		
Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	81,8	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	14,2	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	16,4	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas Intestinales (EDA) por 1.000 nacidos vivos	2,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) por 1.000 nacidos vivos	8,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas sin asistencia médica (%)	27,3	IBS 2016
Recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 gramos) (%)	6	IBS 2016

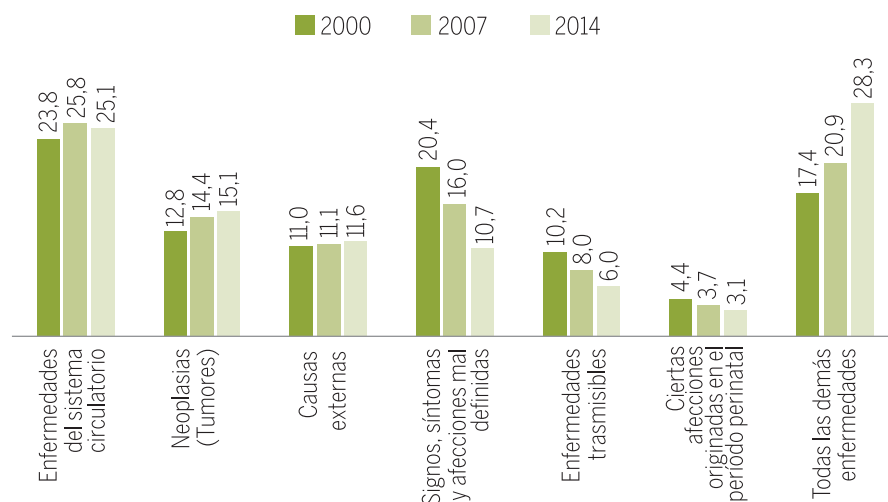
Indicador	Valor	Fuente y año
Incidencia de Tuberculosis, todas las formas, por 100.000 habitantes	34,9	IBS 2016
Embarazadas con 4 o más controles prenatales (%)	79,7	IBS 2016
Partos institucionales (%)	97	IBS 2016
Partos por cesárea (%)	48,7	IBS 2016
Población que cuenta con algún tipo de seguro médico (%)	25,9	EPH 2016
Población accede a servicios de salud cuando lo requiere (enfermedad o accidente) (%)	75,4	EPH 2016
Población con discapacidad (%)	10,7	CNPV 2012
Factores externos que inciden en la salud de la población		
Población en situación de pobreza monetaria (%)	28,9	EPH 2016
Población en situación de pobreza extrema monetaria (%)	5,7	EPH 2016
Hogares con servicio de recolección de basura (público o privado) (%)	46,2	EPH 2016
Hogares con desagüe cloacal (desagüe por red pública, pozo ciego con y sin cámara séptica) (%)	79,1	EPH 2016
Hogares con servicio de corriente eléctrica (%)	99,1	EPH 2016
Hogares con acceso a agua corriente (ESSAP, SENASA, red comunitaria y red privada) (%)	80,6	EPH 2016
Nivel de instrucción de la población de 15 años y más (promedio de años)	9,07	EPH 2016
Población de 15 años y más analfabeta (%)	5,4	EPH 2016
Población de 6 a 17 años que no asiste a una institución de enseñanza formal (%)	7,5	EPH 2016

Fuentes: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2016. (La Encuesta cubre todos los departamentos del país) DGEEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2015). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100 Revisión 2015. Paraguay MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIIEV). Indicadores de mortalidad 2015. MSPBS, Indicadores Básicos de Salud (IBS) 2016.

Las principales causas de mortalidad en el Paraguay son: enfermedad del sistema circulatorio, tumores y causas externas (Gráfico N° 1). Una situación preocu-

pante es el considerable aumento registrado de mortalidad debido a accidentes de transporte terrestre, que pasó de 400 personas en 2.000 a 1.211 en 2011.

Gráfico N° 1
Causas de mortalidad en Paraguay por años seleccionados



Fuentes: elaboración propia a partir de Subsistema de Estadísticas Vitales (SSIEV).
Dirección de Estadísticas (DES). DIGIES

Los padecimientos crónicos han desplazado de forma acelerada a las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles como causas de muerte en las últimas décadas. La morbilidad de las personas adultas está fuertemente asociada a la hipertensión arterial y la diabetes, existiendo también problemas de neoplasias, principalmente, mama y cuello uterino en la mujer, y los de próstata, tracto digestivo y pulmón en el varón (Dullak, et al., 2011).

Según el último censo nacional de población (2012) el 10,7% de los habitantes del Paraguay presenta alguna discapacidad, siendo en mayor medida visual, seguida de la motriz. La población con discapacidad presenta menos acceso a la educación y menor alcance de la alfabetización, lo que los sitúa para el futuro en peores condiciones laborales (MSPBS, 2010) y mayores niveles de dependencia.

Asimismo, el origen étnico también es un factor que genera exclusión en los sistemas segmentados. En el Paraguay, el pertenecer a un pueblo indígena constituye una barrera de acceso a los sistemas de salud (OPS, 2003).

2.3 Acceso al sistema de salud

En el ámbito de la salud, un indicador que garantiza una cobertura ante cualquier eventualidad es la tenencia de seguro médico. En Paraguay la cobertura de seguro médico sigue siendo baja a pesar de haber aumentado en la última década a razón de 0,7 puntos porcentuales por año (DGEEC, 2016).

Un cuarto de la población cuenta actualmente con algún seguro (25,9%), concentrándose mayormente en las zonas urbanas (34,3%) frente al 12,6% de la población que tiene algún tipo de cobertura en zonas rurales. Esta brecha se amplía aún más si se considera el nivel socioeconómico (3,1% en el quintil más pobre y 55,2% en el más rico) (DGEEC, 2016).

El Instituto de Previsión Social (IPS) es la institución prestadora más importante del sector (cubre al 18,4% de la población), aun en el área rural donde la cobertura en general es baja. La cobertura de este seguro está lejos de ser universal debido a que la población accede al mismo a través del empleo formal y por lo general asalariado (Cuadro N°2).

La cobertura del IPS en los dos quintiles más pobres alcanza al 2,9% y 10,7% de la población respectivamente, mientras que se triplica en el quintil más rico (32,1%), lo que indica el sesgo en la adscripción a la seguridad social hacia las personas con mayor poder adquisitivo. El 20,1% de las personas que componen el quintil más rico adquieren seguros privados (Cuadro N°3). Cabe señalar que el aumento de tenencia de seguro médico en la última década se dio en el sistema de seguridad social y a expensas de los seguros privados (Cuadro N°2).

Por otra parte, 3 de cada 4 personas no cuentan actualmente con algún tipo de seguro, por lo que dependen de los servicios de salud del MSPBS. Esto es especialmente relevante para las personas del primer quintil de ingresos que en un 96,9% carecen de seguro (Cuadro N°3).

Cuadro N° 2
Evolución de la cobertura de seguro médico en salud^{1/} por área de residencia, según años seleccionados (%)

Seguro médico	2006			2011			2016		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
IPS	11,5	16,2	5,3	17,4	24,0	7,8	18,4	24,0	9,8
Otro tipo de seguro ^{2/}	7,5	11,4	2,4	7,4	10,6	2,6	7,4	10,3	2,9
No tiene	81,0	72,4	92,3	75,3	65,3	89,6	74,1	65,7	87,4
NR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2006, 2011 y 2016.

1/ Incluye seguro médico que el encuestado consideró principal.

2/ Incluye: seguro individual, laboral, familiar, militar y policial.

Cuadro N° 3
Tenencia de seguro médico por quintiles de ingreso, 2016 (%)

Tipo de seguro	Total	Q1 (más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (más rico)
IPS	18,4	2,9	10,7	18,6	28,0	32,1
Seguro privado	6,1	*	1,0	2,0	7,1	20,1
Otros	1,4	*	*	0,8	2,7	3,0
Ningún seguro	74,1	96,9	88,1	78,6	62,1	44,8

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2016.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

Todas las personas a lo largo del ciclo de vida demandan servicios de salud, no obstante existe un grupo con necesidad innegable de utilización de servicios de salud (población enferma o accidentada) y otro sin necesidades aparentes (personas sanas). El 38% de la población declaró haber estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días previos a la consulta, cifra que se acrecienta en la población de menores ingresos (44,7% del quintil más pobre), en zonas rurales (43,5%) y entre las mujeres (39,9%) (DGEEC, 2016).

A pesar de la necesidad de servicios de salud por parte de las personas enfermas o accidentadas, no todas tuvieron acceso a una consulta médica. Casi un cuarto de

la población enferma o accidentada no recibió atención (24,5%), debido a barreras geográficas, económicas o culturales. Los hombres y las personas del área rural presentan mayor exclusión (26,6% y 27,8% respectivamente) (DGEEC, 2016).

En la última década se registran avances en la disminución de la exclusión en salud, probablemente explicado por la expansión de los servicios de salud y de la cobertura de seguridad social, así como la declaración de gratuidad de las consultas. La proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado acudieron a consultar aumentó del 60,9% en 2006 a 75,5% en 2016 (Cuadro N°4).

La exclusión en salud, cuantificada mediante la población enferma o accidentada que no realiza consulta cuando tenía la necesidad de hacerlo, está dada mayormente por cuestiones no atribuibles directamente al sistema de salud, es decir, por autoexclusión (automedicación y percepción de dolencia no grave), no obstante, esto debería llamar la atención del sistema de salud y es allí donde las USF cumplirían un rol determinante.

Para el 2006, la autoexclusión representó la principal razón de no consulta del 79,6% de la población enferma o accidentada y para el 2016 asciende al 92,6%. La principal causa de autoexclusión es la automedicación, con niveles promedio del 60% en los últimos 10 años (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 4
Población según condición de enfermedad y exclusión de los servicios por años seleccionados (%)

EXCLUSIÓN EN SALUD	2006	2016
Enfermo o accidentado	23,4	38,0
Se enfermó y consultó	60,9	75,5
Se enfermó y no consultó	39,1	24,5
RAZONES DE NO CONSULTA	100,0	100,0
Dolencia no grave	32,5	17,0
Se automedicó	47,1	75,6
Problemas de atención o costo*	18,6	3,2
Otra razón**	1,8	4,1

Fuente: procesamiento propio a partir de la Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

* Incluye: no hay atención cercana, la atención es mala y las consultas son caras.

** Incluye: no tuvo tiempo y otra razón

Los problemas atribuibles al sistema de salud como mala atención, carencia de atención cercana o costo de la consulta perdieron relevancia con el tiempo, llegando en la actualidad a representar solo el 3,2% de las razones, luego de significar casi una quinta parte una década atrás (Cuadro N° 4). Entre las personas del quintil más pobre estos problemas representan el 4,6%.

La mayor participación en atención en salud la brinda el MSPBS, el 63,2% de las personas enfermas o accidentadas acudieron a algún establecimiento de la red del Ministerio, mayormente hospitales y centros de salud, con un aumento de 20 puntos porcentuales en la última década (Cuadro N°5). La presencia del MSPBS es particularmente relevante en el área rural brindando cobertura al 78,5% de la población que solicitó atención y entre la población de escasos recursos que en un 86,1% recurren al MSPBS. El 39,9% de las personas enfermas o accidentadas acudieron a una USF, Puesto o Centro de salud (58,6% población rural y 62,7% del quintil más pobre) (DGEEC, 2016).

La asistencia a Puestos de salud o USF se cuadruplicó en 10 años (pasó de 4,5% en 2006 a 16% en 2016) y en contraposición disminuyó el uso de los servicios privados (Cuadro N° 5). La baja incidencia de las USF puede estar solapándose con los Puestos de salud dado que una parte de las USF operan en los antiguos Puestos de salud.

La disminución sostenida de las consultas no institucionales, que en el 2006 eran del 11,9%, descendiendo hasta el 4,4% para el 2016, son un reflejo de una mejora continua en la accesibilidad de los servicios de salud (Cuadro N° 5).

Los cambios evidenciados en la última década estarían mostrando que el programa de USF supone un avance en la atención sanitaria al descomprimir los establecimientos de mayor envergadura y reducir las consultas con aranceles y las no institucionales. Este efecto no es homogéneo, las USF atraen al sistema de atención primaria mayormente a segmentos de la población tradicionalmente excluidos como la población rural y a los del quintil de menores ingresos.

Cuadro N° 5
Población enferma o accidentada que consultó según establecimiento por área de residencia y sexo, años seleccionados (%)

Establecimiento	2006					2016				
	Total	Urbana	Rural	Hombres	Mujeres	Total	Urbana	Rural	Hombres	Mujeres
IPS	11,5	16,4	5,0	10,2	12,6	13,0	18,0	6,3	12,1	13,8
Hospital de Clínicas/ Materno Infantil	3,4	5,0	*	3,5	3,3	2,8	4,1	1,2	2,6	3,0
Hospital del Ministerio	14,5	12,7	16,9	15,6	13,6	23,3	25,9	19,9	23,7	23,1
Centro de Salud del Ministerio	24,1	21,8	27,2	23,5	24,7	23,9	18,9	30,7	24,7	23,2
Puesto de Salud del Ministerio	4,5	1,8	8,2	3,5	5,4	12,5	5,2	22,3	12,2	12,7
Unidad de Salud Familiar (APF/USF)	ND	ND	ND	ND	ND	3,5	1,9	5,6	3,5	3,5
Sanidad Militar o Policial	1,6	2,5	*	*	*	0,7	1,0	0,4	*	0,7
Sanatorio, Clínica o Consultorio privado	28,4	33,0	22,2	28,6	28,2	15,8	20,3	9,8	15,7	15,9
Farmacia	4,0	2,4	6,2	4,5	3,7	1,6	1,6	1,5	1,8	1,4
Casa**	6,3	2,7	11,0	7,5	5,2	1,7	1,3	2,1	2,1	1,3
Otro	1,6	1,6	1,6	1,4	1,8	1,2	1,8	*	0,9	1,4

Fuente: procesamiento propio a partir de la Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

ND: no disponible.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

** Incluye: casa de curandero, su casa, otra casa particular.

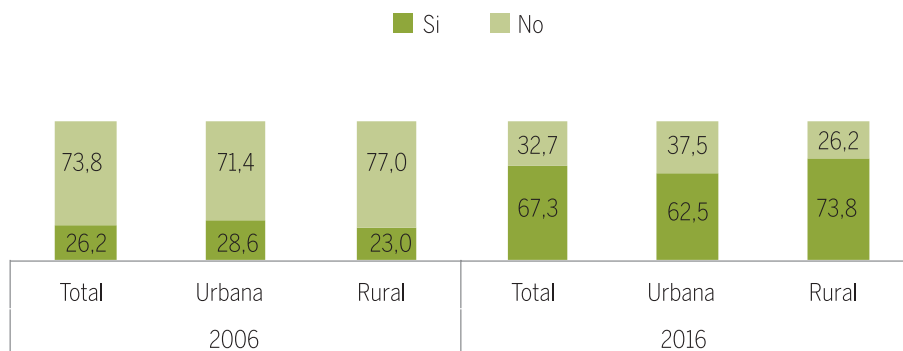
La mayor parte de las consultas son atendidas por un profesional médico (93%), sin embargo, dicha cifra varía de acuerdo a la especialización del establecimiento. En los hospitales del MSPBS el 99,2% de las consultas son atendidas por médicos, en tanto en los puestos de salud y las USF dicha cifra disminuye al

80,3% y 85,8% respectivamente, el porcentaje restante es asistido por personal de enfermería (DGEEC, 2016).

Por otra parte, el 67,3% de la población enferma o accidentada que asistió a una consulta médica declara haber recibido medicamentos de forma gratuita (Gráfico N° 2). En los puestos de salud y en las USF esta cifra asciende a 87% y 88,4% respectivamente (DGEEC, 2016).

La política de gratuidad en el sistema público beneficia en mayor medida a las poblaciones más vulnerables. Entre las personas que asistieron a una consulta en las USF en el área rural el 89,5% recibió medicamentos gratis, al igual que las personas del primer quintil de ingresos (93%) (DGEEC, 2016). En los últimos 10 años el acceso a medicamentos gratuitos creció 2,5 veces a nivel nacional y se triplicó en el área rural (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2
Población enferma o accidentada que asistió a una consulta y recibió medicamentos gratuitos por área de residencia, años seleccionados (%)



Fuentes: elaboración propia a partir de Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

A pesar de lo mencionado, una parte del acceso al sistema de salud es financiado con gasto de bolsillo. El principal riesgo que presenta este tipo de gasto no planificado es que ante una eventual enfermedad, el acceso a los servicios de salud depende de la capacidad económica de las familias. Esto eleva el riesgo de empujar a un hogar a la pobreza, originando mayor vulnerabilidad y en el peor de los casos sumergirlos en la pobreza extrema (CADEP, 2017, p.15).

Como gasto de bolsillo se incluyen, de igual forma, los gastos destinados a transporte y alimentación, pues si bien no son gastos propios de la salud afectan indirectamente a los hogares ante un eventual caso de enfermedad¹⁷. En 2014, la composición del gasto bolsillo en salud se concentra principalmente en el rubro medicamentos (43,3%), seguido por los gastos destinados a exámenes laboratoriales y radiografías (16,7%), los gastos en hospitalización e internación (16,3%), gastos en transportes (9,8%) y con (5%) cada uno los gastos destinados a comidas, consultas y otros. Por otra parte, el alto nivel de automedicación tiene una innegable incidencia en el porcentaje de gasto¹⁸ (Gráfico N° 3).

En el 2014 en promedio las personas que declararon haber tenido alguna enfermedad o accidente durante los últimos 90 días tienen un gasto total promedio de Gs. 363.485. Dentro de la composición de los gastos destinados a la salud el más importante fue el pago por hospital e internación con un promedio de Gs. 2.969.170, afectando a 25.500 personas. Le sigue el gasto en exámenes laboratoriales y radiografías con un promedio de Gs. 342.023 incurrido por 227.105 personas, los pagos por compras de medicamentos fueron en promedio de Gs. 165.932 afectando a un volumen mucho mayor de personas (1.211.217), en tanto, los gastos por consultas ascendieron a un promedio de Gs. 95.959 en 222.662 personas. Para pago de comidas se destinaron en promedio Gs. 87.368 y Gs. 57.114 para pago de transporte.

Las personas que en 2014 consultaron en un puesto de salud o USF reportaron un gasto de bolsillo promedio casi cuatro veces menor al nacional (Gs. 96.000). La distribución del gasto es diferente al total nacional, concentrándose en mayor medida en medicamentos (66,2%, Gs. 74.000), seguido de gastos en exámenes laboratoriales y radiografías (15,5%, Gs. 161.000) y de gastos en transporte (13,3%, Gs. 24.000).

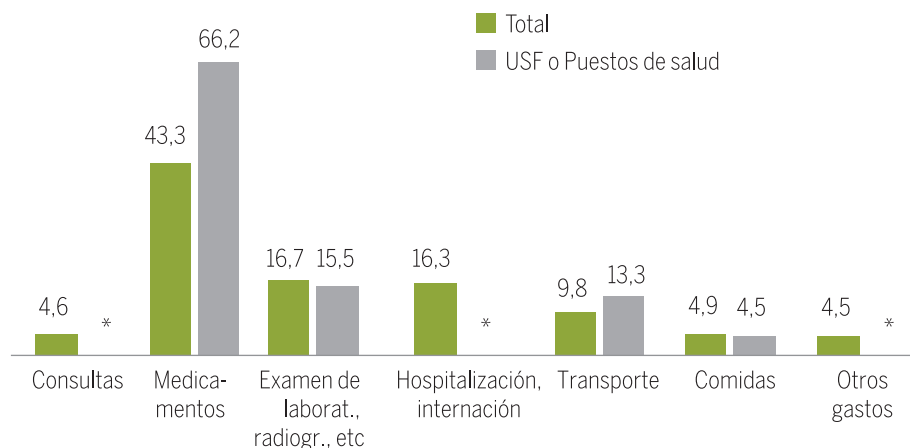
Esto estaría mostrando que a pesar de la política de gratuidad, la compra de medicamentos y los estudios siguen siendo uno de los principales gastos. Además, teniendo en cuenta que las USF buscan reducir la distancia geográfica entre la población y el sistema de salud, no debe pasar desapercibido que para un grupo de la población llegar a las USF o puesto de salud implica también un gasto de transporte, pudiendo estar representada mayormente por poblaciones rurales con difícil acceso a los centros asistenciales.

17 No se contempla el gasto mensual destinado al pago del seguro médico de IPS o privado.

18 Es importante resaltar las limitaciones de interpretación de los resultados, porque no se encuentran desagregados por niveles de especialidad, de complejidad de la atención, etc.

Gráfico N° 3

Distribución porcentual del gasto de bolsillo de la población que ha estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días, según lugar de consulta, 2014 (%)



Fuentes: elaboración propia a partir de Encuesta Permanente de Hogares, 2014.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

En síntesis, ciertas características propias de la población (rural, pobre, indígena) limitan las condiciones de acceso y constituyen restricciones iniciales al ejercicio del derecho a la salud. El programa de las USF ha contribuido a acercar el sistema de atención primaria de la salud, especialmente a los grupos excluidos. Dado que constituyen la puerta de entrada al sistema, las mismas deberían ser dotadas en mayor proporción por profesionales médicos.

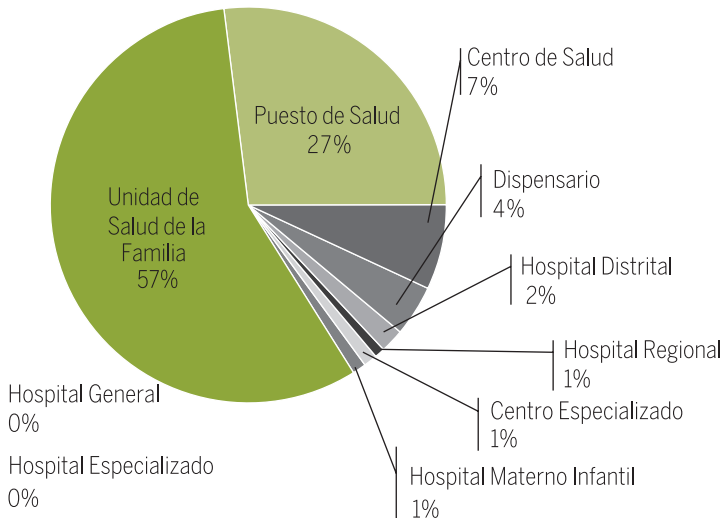
3. Las Unidades de Salud de la Familia

3.1 Cobertura de unidades y población

La Unidad de Salud de la Familia es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de la estrategia de la APS de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él (MSPBS, 2009a).

Aunque algunas unidades se han localizado en centros de nueva creación, la mayoría de las USF han ocupado las instalaciones de los antiguos centros de atención primaria (centros o puestos de salud). Las USF representan actualmente casi el 60% del total de establecimientos del Ministerio de Salud (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 4
Establecimientos del Ministerio de Salud, 2015 (%)



Fuentes: elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES.

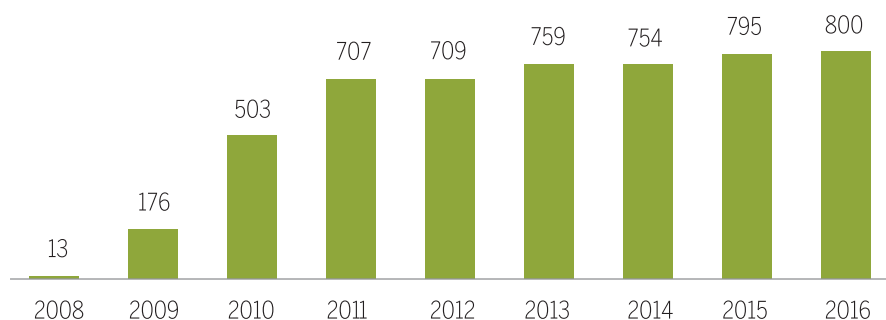
Los Equipos de Salud de la Familia (ESF) asumen la responsabilidad sanitaria y social sobre un territorio definido geográfica y demográficamente. Se basan en un criterio de fácil accesibilidad, con una distancia por carretera máxima de 30 km entre la USF y su población de referencia, 3.500 personas aproximadamente y hasta 5.000 personas por USF en caso de poblaciones muy dispersas (MSPBS, 2009a; Guillén, 2011).

A pesar de lo mencionado, según cálculos realizados a partir de la información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de Salud del MSPBS (junio de 2017), para el 2016 el promedio actual de cobertura de las USF es de 2.800 personas. En 31 de las 800 USF, la población cubierta supera las 5.000

personas, pero esto no se da en poblaciones dispersas sino en territorios densamente poblados (Asunción, Central, Alto Paraná e Itapúa mayormente).

La instalación de las USF en el territorio nacional es gradual. Inició con 13 unidades en los bañados de Asunción en el 2008 y en la actualidad se cuenta con 800 unidades distribuidas en los 17 departamentos más la capital (o regiones sanitarias del país), en 238 de un total de 251 distritos. Entre estos años la instalación de nuevas USF no ha tenido una progresión estable, destacándose un importante crecimiento entre 2008 y 2010, posteriormente en 2011 el aumento fue menos significativo y de allí en más (2012 a 2016) el crecimiento promedio fue de 19 unidades por año, con lo cual se puede decir que a la fecha la mayoría de las USF tienen una antigüedad de al menos 5 años (Gráfico N° 5).

Gráfico N° 5
Número de Unidades de Salud de la Familia instaladas por año, 2008-2016
(acumulativo)



Fuente: elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV)

La brecha entre la población cubierta por las USF y la total determina el número de USF faltantes para brindar una atención universal. En tal sentido, se requieren aproximadamente 1.650 USF más, siendo los departamentos más desatendidos: Central (18,9%, necesitaría 588 USF más), Caaguazú (22,8% - 149 USF más), Asunción (22,9% - 145 USF más) y Alto Paraná (30,2% - 196 USF) (Cuadro N°6).

Un análisis a nivel departamental muestra que las USF de tres departamentos tienen coberturas de población por encima del 70% (Ñeembucú, Alto Paraguay y Misiones), en tanto, otros quedan por debajo del promedio de cobertura nacional

(32,7%) como Central (18,9%), Caaguazú (22,8%), Asunción (22,9%), Alto Paraná (30,2%), Amambay (30,5%) y Boquerón (32,4%), requiriendo de un esfuerzo mayor para la implementación de nuevas USF (Cuadro N° 6).

Cuadro N° 6

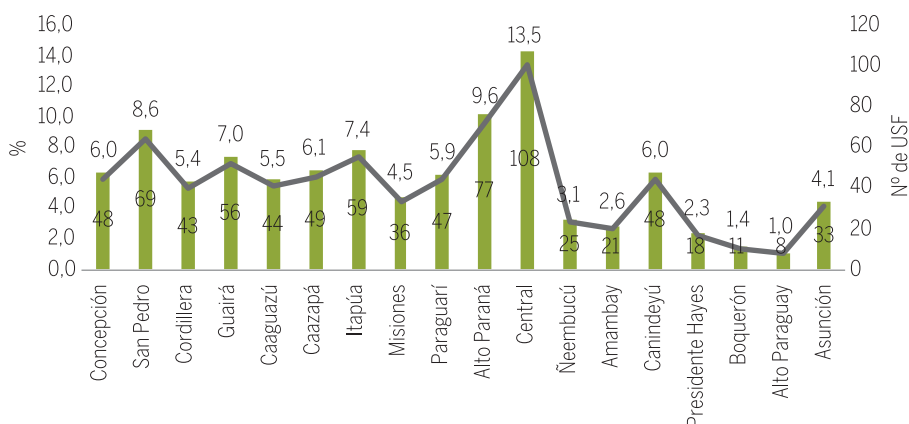
Población cubierta por las USF y estimación de número de USF faltantes por departamento para una cobertura universal, 2016

Departamento	Población 2016 (proyección)	Población cubierta por USF	Población cubierta (%)	N° de USF faltantes
Asunción	525.294	120.537	22,9	145
Concepción	240.495	112.977	47,0	46
San Pedro	414.503	193.664	46,7	79
Cordillera	295.256	114.779	38,9	64
Guairá	218.560	142.613	65,3	27
Caaguazú	540.176	123.170	22,8	149
Caazapá	182.039	103.616	56,9	28
Itapúa	584.201	209.215	35,8	134
Misiones	121.985	88.103	72,2	12
Paraguarí	253.557	106.394	42,0	53
Alto Paraná	785.066	237.146	30,2	196
Central	2.028.700	382.496	18,9	588
Ñeembucú	88.270	66.717	75,6	8
Amambay	161.869	49.355	30,5	40
Canindeyú	217.154	119.220	54,9	35
Pdte. Hayes	118.801	39.393	33,2	28
Boquerón	61.713	19.992	32,4	15
Alto Paraguay	16.897	12.359	73,1	2
Total	6.854.536	2.241.746	32,7	1647

Fuente: procesamiento propio a partir de DGEEC, Proyecciones de la población por sexo y edad, según departamento, 2000-2025 (Revisión 2015) y MSPBS, Dirección General de Atención Primaria de la Salud (junio de 2017).

Si se considera que el criterio a seguir para la instalación de las USF ha sido comenzar en las zonas (barrios o distritos) de mayor vulnerabilidad a lo largo de todo el país, se tiene una distribución por departamentos heterogénea debido a la densidad poblacional que debe cubrirse en ciertos departamentos. La mayor concentración de USF está en el departamento Central (108 USF equivalen al 13,5% del total), seguido de Alto Paraná (77 USF, 9,6%) y San Pedro con 69 USF (8,6%) (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6
Número y distribución porcentual de Unidades de Salud de la Familia instaladas por departamento, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de información provista por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS

3.2 Cobertura de las USF en zonas de pobreza

Considerando que las USF buscan acercar el sistema de salud a las poblaciones más vulnerables, se podría comparar su cobertura de población (un poco más de 2.240.000 personas en 2016) con la población en situación de pobreza desde diversos criterios.

La población en situación de pobreza por ingresos o monetaria asciende a 1.949.272 personas (DGEEC, 2016). Comparando esta cifra con la cantidad de personas atendidas por las USF, podría concluirse que las mismas cumplen con su objetivo de abordar a las poblaciones más vulnerables, pero que dista de una co-

bertura universal en 67,3%, es decir se encarga de atender al 32,7% de la población (población total 6.854.536)¹⁹ (Cuadro N° 7).

El 32% de las USF se ubican en distritos de los cinco departamentos que concentran los mayores índices de pobreza monetaria, y por ende, los que necesitan mayor intervención. En el caso de San Pedro, el 97,1% de las USF instaladas fueron a zonas de pobreza; en Concepción la tasa alcanza el 91,7%; en Caazapá un 81,6%, y en Caaguazú un 75%. Sin embargo, en el caso de Paraguari (departamento de alto nivel de pobreza), solo un 36,2% de las USF instaladas fueron a zonas de pobreza (Cuadro N° 8).

Si se utiliza como medida de pobreza las necesidades básicas insatisfechas (NBI), las USF tienen una subcobertura de 21,8% de la población en situación de pobreza (2.864.908 personas). Desde esta perspectiva, son insuficientes para el logro del propósito que establece “acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios” (Cuadro N° 7).

Los departamentos que presentan en simultáneo menor porcentaje de población total cubierta y menor porcentaje de población en situación de pobreza cubierta son: Caaguazú, Central, Amambay y Boquerón. Sobre estos departamentos se deberían focalizar los esfuerzos de ampliación (Cuadro N° 7).

Cuadro N° 7

Cobertura de las Unidades de Salud de la Familia por departamentos, según pobreza 2016

Departamento	Población 2016 (proyección)	Población en situación de pobreza monetaria 2016	Población en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas 2012	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / Población Total	% Población Cubierta USF / Población en situación pobreza monetaria	% Población Cubierta USF / Población en situación pobreza por NBI
Asunción	525.294	69.041	131.316	120.537	22,9	174,6	91,8
Concepción	240.495	119.947	134.874	112.977	47,0	94,2	83,8
San Pedro	414.503	198.724	238.723	193.664	46,7	97,5	81,1
Cordillera	295.256	77.231	122.199	114.779	38,9	148,6	93,9

19 Se considera a toda la población puesto que uno de los pilares de las USF es el de promoción de salud preventiva que debería llegar a una cobertura universal.

Departamento	Población 2016 (proyección)	Población en situación de pobreza monetaria 2016	Población en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas 2012	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / Población Total	% Población Cubierta USF / Población en situación pobreza monetaria	% Población Cubierta USF / Población en situación pobreza por NBI
Guairá	218.560	84.477	117.213	142.613	65,3	168,8	121,7
Caaguazú	540.176	255.804	288.805	123.170	22,8	48,2	42,6
Caazapá	182.039	101.484	123.772	103.616	56,9	102,1	83,7
Itapúa	584.201	185.613	291.270	209.215	35,8	112,7	71,8
Misiones	121.985	45.868	49.818	88.103	72,2	192,1	176,8
Paraguarí	253.557	98.902	128.804	106.394	42,0	107,6	82,6
Alto Paraná	785.066	211.544	313.277	237.146	30,2	112,1	75,7
Central	2.028.700	332.784	550.235	382.496	18,9	114,9	69,5
Ñeembucú	88.270	31.756	47.113	66.717	75,6	210,1	141,6
Amambay	161.869	36.557	74.263	49.355	30,5	135,0	66,5
Canindeyú	217.154	78.460	115.358	119.220	54,9	152,0	103,3
Pdte. Hayes	118.801	21.080	74.073	39.393	33,2	186,9	53,2
Boquerón	61.713	ND	51.332	19.992	32,4	ND	38,9
A. Paraguay	16.897	ND	12.462	12.359	73,1	ND	99,2
Total	6.854.536	1.949.272	2.864.908	2.241.746	32,7	115,0	78,2

Fuente: DGEEC, Proyecciones de la población por sexo y edad, según departamento, 2000-2025 (Revisión 2015), Encuesta Permanente de Hogares EPH 2016, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 y MSPBS, Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Existe otra aproximación para evaluar la llegada de las USF a la población vulnerable. La localización de las USF considera aspectos como el volumen poblacional, la extensión del territorio y la vulnerabilidad, por lo que su instalación puede compararse con la del Programa Tekoporã (año 2014)²⁰, focalizado en la lucha contra la pobreza y que utiliza una priorización geográfica de distritos en situación de pobreza para su despliegue en el territorio.

²⁰ Programa social orientado a la protección y promoción de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, facilitando el ejercicio de los derechos a alimentación, salud, y educación, mediante el aumento del uso de servicios básicos y el fortalecimiento de las redes sociales, con el fin de cortar la transmisión intergeneracional de la pobreza a través del acompañamiento socio familiar y comunitario y de una transferencias monetarias con corresponsabilidad.

En este sentido, la correspondencia entre ambos programas muestra que la cantidad de USF instaladas en distritos en pobreza donde se encuentra el programa Tekoporã es del 55,6%. En 7 de los 17 departamentos y la capital, más del 80% de las USF fueron localizadas en distritos considerados también pobres por el programa Tekoporã: Caazapá (81,6%), Pdte. Hayes (88,9%), Concepción (91,7%), Asunción (93,9%), San Pedro (97,1%), Amambay (100%) y Alto Paraguay (100%) (Cuadro N° 8).

De los 125 distritos en donde operaba Tekoporã en 2014, solo en 5 lugares aún no se han instalado USF. Esos lugares son: General Elizardo Aquino y San Pablo en el departamento de San Pedro; Carmen del Paraná en Itapúa, Nanawa en Pdte. Hayes y Bahía Negra en Alto Paraguay. En los otros 120 lugares se han instalado USF (96%). Sin embargo, hay que recordar que por cuestiones de distancia y dispersión de población la cifra de 5.000 habitantes por USF puede no ser realista a la hora de querer llegar a poblaciones, sobre todo en la zona del Chaco, en donde se requiere de un nivel de intervención diferenciado. Se estima que con las 445 USF en zonas de pobreza se ha llegado a 1.246.000 habitantes, es decir, un 64% de la población pobre tiene disponible servicios de salud²¹.

Del mismo modo, analizando la cantidad de USF disponible en los distritos que concentran más del promedio nacional de población en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (44,5%) se evidencia una disponibilidad del 60,8% del total de las USF (Cuadro N° 8).

Cuadro N° 8
Número de USF por departamento y zonas de pobreza, 2016

Departamento	Total USF (2016)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)	% del total de USF en zonas de pobreza (Tekoporã) 1/	% del total de USF en zonas de pobreza por NBI (2012)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)
Asunción	33	31	baja pobreza	93,9	NA
Concepción	48	44	48	91,7	100,0
San Pedro	69	67	69	97,1	100,0

21 Según datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, para el año 2016, el 28,86% de la población (1.949.272 personas) viven en condiciones de pobreza. Encuesta Permanente de Hogares 2016.

Departamento	Total USF (2016)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)	% del total de USF en zonas de pobreza (Tekoporã) 1/	% del total de USF en zonas de pobreza por NBI (2012)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)
Cordillera	43	3	21	7,0	48,8
Guairá	56	24	43	42,9	76,8
Caaguazú	44	33	39	75,0	88,6
Caazapá	49	40	49	81,6	100,0
Itapúa	59	17	42	28,8	71,2
Misiones	36	24	15	66,7	41,7
Paraguarí	47	17	33	36,2	70,2
Alto Paraná	77	13	29	16,9	37,7
Central	108	38	baja pobreza	35,2	NA
Ñeembucú	25	11	17	44,0	68,0
Amambay	21	21	8	100,0	38,1
Canindeyú	48	38	36	79,2	75,0
Pdte. Hayes	18	16	18	88,9	100,0
Boquerón	11	0	11	0,0	100,0
A. Paraguay	8	8	8	100,0	100,0
Total	800	445	486	55,6	60,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud (junio 2016), DGEEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 y programa Tekoporã (2014).
1/ Como criterio para definir los distritos en donde el gobierno ha estado invirtiendo en el combate a la pobreza se tomaron los departamentos y distritos en los cuales el Programa Tekoporã está instalado (año 2014), dado que este ha sido el programa prioritario a través del cual este y el anterior gobierno focalizaron la lucha contra la pobreza.

Según datos de la EPH 2016, unas 693.493 personas son beneficiarias del programa Tekoporã, de ellas, el 43,7% reportó alguna enfermedad o accidente durante los 90 días previos a la encuesta (303.041 personas), de las cuales, el 74,8% consultó con algún médico, curandero y/o algún profesional de salud. Entre las personas beneficiarias que consultaron, el 7% lo hizo en alguna USF (15.861 personas), en tanto, el 65,5% acudió a algún Centro o Puesto de Salud del MSPBS.

Los Centros y Puestos de salud se asemejan mucho a las USF en infraestructura y dotación, por lo que el bajo porcentaje de consulta en las USF declarado por las personas puede deberse a una confusión de establecimientos, o bien a la carencia de unidades en determinadas zonas, como ya se mencionó antes. Es importante contemplar que el 85,2% de las familias beneficiarias del programa Tekoporã reside en zonas rurales.

En el caso de los beneficiarios de la pensión alimentaria para adultos mayores (65 años y más) en situación de pobreza –Ley 3.728/09 implementada desde 2010–, como es de esperar debido a la edad de las personas, en mayor medida reportaron haber estado enfermas o accidentadas (63,0%), de ellas, el 79,6% asistió a una consulta médica, pero solo una ínfima parte fue a una USF. Predomina la concurrencia a hospitales de mayor envergadura (públicos o privados), pudiendo deberse a la necesidad de atención especializada de enfermedades crónicas que prevalecen en la edad adulta mayor.

Otros indicadores que se relacionan con los niveles de pobreza son la ruralidad y la escolaridad. En este sentido, los departamentos que tienen conjuntamente mayor proporción de su población en el área rural y menor nivel de escolaridad de la población de 15 años y más y en los que se han instalado menor número de USF son: Cordillera, Caaguazú, Paraguari y Pdte. Hayes, salvo este último, los anteriores también coinciden en ser densamente poblados (mayor al promedio nacional) (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 9
Número de USF por departamento e indicadores seleccionados, 2016

Departamento	Total USF (2016)	Densidad poblacional (hab./km ²)	% de población rural 2016	Nivel de escolarización (promedio de años de estudio de la población de 15 años y más)
Asunción	33	4489,7	0,0	11,5
Concepción	48	13,3	59,4	8,1
San Pedro	69	20,7	80,3	7,8
Cordillera	43	59,7	67,3	8,3
Guairá	56	56,8	62,5	8,0
Caaguazú	44	47,1	61,1	8,0
Caazapá	49	19,2	77,3	7,1

Departamento	Total USF (2016)	Densidad poblacional (hab./km ²)	% de población rural 2016	Nivel de escolarización (promedio de años de estudio de la población de 15 años y más)
Itapúa	59	35,4	55,8	7,9
Misiones	36	12,8	42,7	8,7
Paraguarí	47	29,1	71,1	8,1
Alto Paraná	77	52,7	28,8	9,0
Central	108	823,0	14,1	10,0
Ñeembucú	25	7,3	36,7	8,6
Amambay	21	12,5	27,8	8,8
Canindeyú	48	14,8	58,4	7,9
Pdte. Hayes	18	1,6	63,2	8,6
Boquerón	11	0,7	ND	ND
Alto Paraguay	8	0,2	ND	ND
Total	800	16,9	38,8	9,1

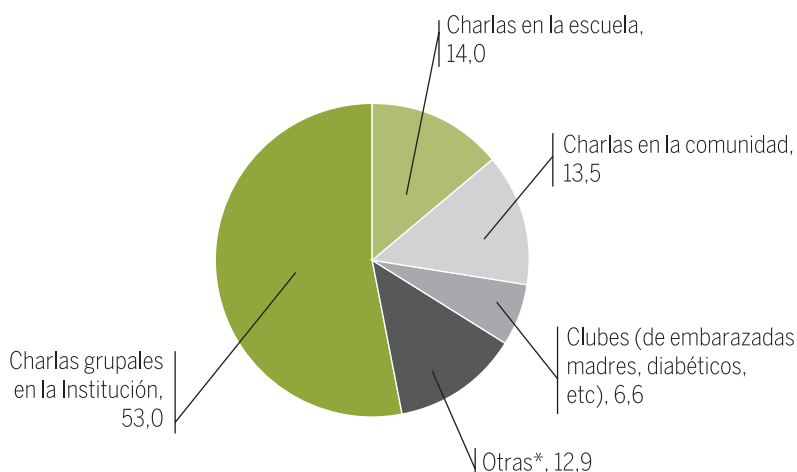
Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud (junio 2016), DGEEC, proyecciones de población (Revisión 2015) y Encuesta Permanente de Hogares 2016. ND: dato no disponible en EPH 2016.

3.3 Cobertura de servicios y dotación de recursos humanos

Las acciones de las USF se dividen en dos grandes grupos: actividades de promoción y de prevención o seguimiento. Para brindar estos servicios interactúan varios actores: el MSPBS, a través de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud; las 18 Regiones Sanitarias; el Plan Ampliado de Inmunización – PAI; la Dirección General de Atención a Grupos Vulnerables; la Dirección General de Programas de Salud; la Dirección General de Promoción de la Salud; la Dirección General de Vigilancia de la Salud; la Dirección General de Salud Indígena; el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; y la Dirección General de Bioestadística; la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República; la Secretaria Nacional de la Niñez y Adolescencia; las gobernaciones entre otros.

Durante el 2016, el MSPBS ha realizado un total de 147.200 actividades de promoción de la salud a través de las USF (incluye actividades educativas, preventivas, curativas y de rehabilitación en cada etapa del ciclo vital), entre las cuales predominan las charlas grupales en la institución (53%), seguido muy por debajo de las charlas en las escuelas y en la comunidad (14% y 13,5% respectivamente) (Gráfico N° 7). En promedio se realizan al año 184 actividades de promoción por USF, es decir, una actividad cada dos días en cada USF.

Gráfico N° 7
Distribución porcentual de actividades de promoción realizadas en las USF, 2016

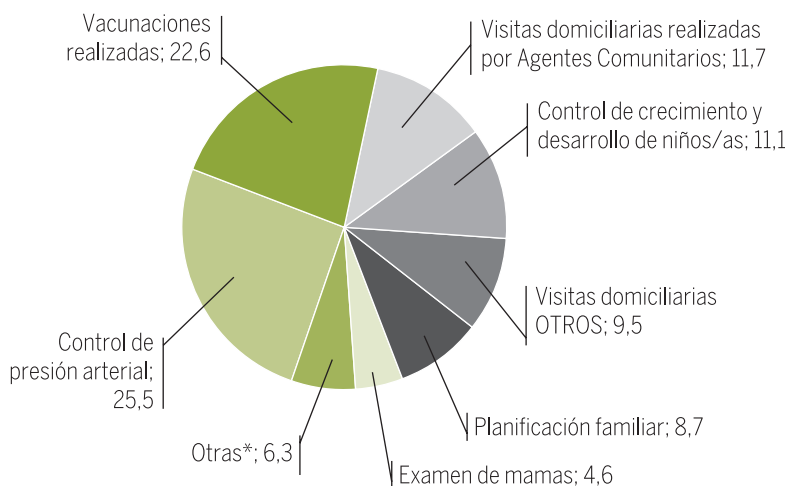


Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS (junio, 2017).

* Incluye: Reuniones temáticas, Charlas en la radio, Presentación de informes a la comunidad, Mingas ambientales y Audiencias públicas.

Además se llevaron a cabo 5.643.813 actividades de prevención o seguimiento entre las que se destacan el control de la presión arterial (25,5%), vacunaciones (22,6%), visitas domiciliarias realizadas por Agentes Comunitarios (11,7%) y control de crecimiento y desarrollo de niños/as (11,1%) (Gráfico N° 8). En promedio cada USF lleva a cabo 7.055 consultas anuales, lo que da un promedio de atención de 19 consultas diarias por USF.

Gráfico N° 8
Distribución porcentual de actividades de prevención/ seguimiento realizadas en las USF, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS (junio 2017).

* Incluye: Control prenatal, PAP realizado, Determinación de glicemia, Pacientes febriles.

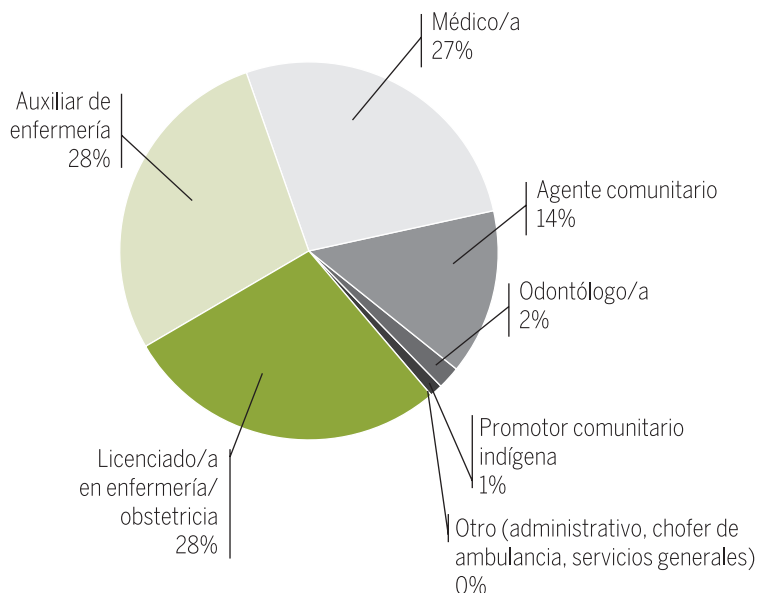
La gran diferencia en la cantidad de consultas (prevención o seguimiento) realizadas frente a las actividades de promoción muestra el desbalance entre los pilares del sistema²². Para atender esta demanda de servicios cada USF está dotada como mínimo de un Equipo de Salud de la Familia (ESF), pudiendo ser más de uno según necesidades, los equipos están conformados por un médico/a; un licenciada/o en enfermería u obstetricia; un auxiliar de enfermería; agentes comunitarios de salud; odontólogos o auxiliares de salud bucal; promotores de salud indígena y un auxiliar administrativo.

Según información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud (octubre de 2017), se dispone de un total de 2.662 profesionales para brindar atención en las 800 USF que funcionan en la actualidad. Este plantel se distribuye de la siguiente manera: médicos (26,8%), licenciados en enfermería/

22 Cabe destacar que no se tuvo acceso a información diferenciada por sexo que permita analizar la igualdad en el acceso por parte de hombres y mujeres ni por grupos de etarios.

obstetricia (28,5%) y auxiliares en enfermería (27,8%). En menor medida se cuenta con agentes o promotores comunitarios (14,8%), odontólogos (1,9%) y otros (0,2%)²³ (Gráfico N° 9).

Gráfico N° 9
Dotación de Recursos Humanos en las USF, 2016



Fuentes: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS.

No todas las USF cuentan con el plantel mínimo establecido. Sin contemplar las USF satélites (que solo cuentan con licenciados en enfermería/ obstetricia y representan el 1,5 del total de USF), el 10,3% de las USF carecen de un médico, el 7,4% de licenciados en enfermería/ obstetricia y el 7,0% de auxiliares en enfermería. Lo anterior arroja como resultado global un total de 176 USF que opera

²³ Además de lo mencionado, la DGAPS contrata a nivel central personal administrativo para cargos de directorio, encargados, fiscalizadores, jefes, secretarías y choferes (23 personas). A nivel regional también cuenta con Coordinadores de APS (54 personas).

con cuadros profesionales incompletos (22% de las USF), siendo la principal necesidad cubrir las vacancias de médicos. En 11,9% de estas USF falta más de un profesional (Cuadro N° 10).

Cuadro N° 10
USF con recursos humanos incompletos, 2016

Profesional faltante	N° de USF	Distribución porcentual
Médico	69	39,2
Licenciado/a en enfermería/ obstetricia	45	25,6
Auxiliar de enfermería	41	23,3
Médico y Licenciado	6	3,4
Médico y Auxiliar	7	4,0
Licenciado y Auxiliar	8	4,5
TOTAL	176	100,0

Fuentes: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS (octubre, 2017).

Respecto a lo anterior, Carrizosa (2014), al evaluar la gestión pública en salud 2013-2014, sostiene lo siguiente:

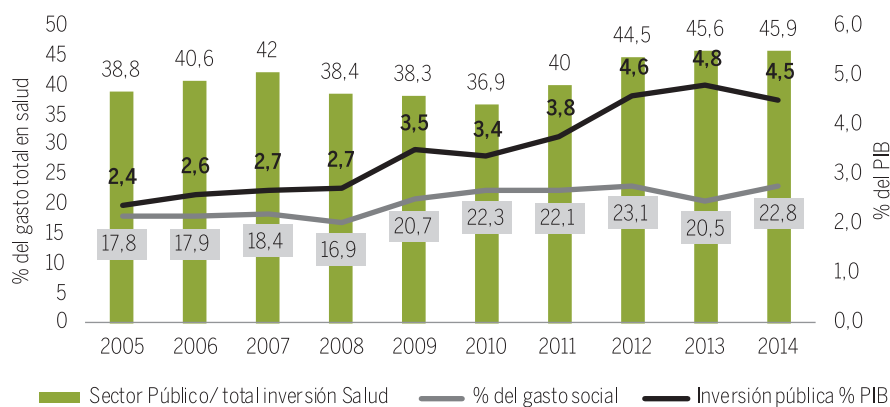
Estamos observando que con esta política más “asistencialista-médica” se han fortalecido los servicios de salud (más recursos y mejores salarios), lo cual es bueno, pero sin embargo el sistema de atención primaria se ha debilitado. Este incremento de los salarios ha instaurado sin embargo una inequidad salarial en el sistema, ya que actualmente un médico de los servicios de salud gana por 12 horas semanales de atención en consultorios lo que un médico de APS gana en 40 horas semanales de trabajo, generándose un incentivo negativo que puede afectar con el tiempo a las USF. Tampoco se ha logrado una mayor integración de estas unidades de atención primaria a la red de servicios de salud (hospitales, centros de salud, etc.), una dificultad que el sistema arrastra desde la creación de las USF y que hasta ahora funcionan de forma paralela a la red de servicios y que consecuentemente resta integralidad y efectividad al sistema (p.10).

Según Dullak, et al. (2011), las dificultades reales para operacionalizar la APS en los niveles subnacionales tienen que ver con restricciones presupuestarias, capacidad de gestión para formular políticas sanitarias descentralizadas y organización incipiente.

3.4 Presupuesto

Los orígenes de las fuentes de financiamiento del sector salud son públicos, privados y externos (Dullak, et al., 2011). Los fondos del MSPBS provienen del presupuesto del Estado, además de contar con recursos propios y externos. En la última década se produjo un crecimiento importante del gasto público en salud²⁴ con relación al PIB, pasando de 2,4% en 2005 a 4,5% en 2014 (Gráfico N° 10). El mayor impulso se dio en 2009 debido a la implementación del Programa Atención Primaria de la Salud, cuyo presupuesto está destinado a las 18 Regiones Sanitarias del país y a las Unidades de Salud Familiar (USF). Este programa representa en promedio el 28% del total destinado a la salud (en 2015 se destinó un total de 184 mil millones de guaraníes a la APS) (CADEP, 2016).

Gráfico N° 10
Evolución de la inversión pública en salud relativa del total de la inversión y como porcentaje del PIB.



Fuentes: elaboración propia a partir de CADEP, 2017

²⁴ Es la erogación que realiza el Gobierno en la atención directa de la salud de la población de forma a asegurar el óptimo estado sanitario de la comunidad. Este gasto incluye asistencia médica y hospitalaria de las personas para la promoción, protección y recuperación de la salud, provisión de medicamentos, vacunación, vigilancia epidemiológica y acceso a agua potable, saneamiento, entre otros. El gasto social en salud representa el 21,9% del total del gasto social en 2015.

El componente más importante del gasto en salud se destina a servicios personales (salario y otras remuneraciones, 68%). Este gasto es de suma importancia debido a que el material humano es el principal componente de los servicios del Ministerio de Salud. Sin embargo, se observa un bajo nivel en inversión física (5%) lo cual dificulta a los hospitales de ser dotados de mayor infraestructura (CADEP, 2016, p.6).

3.5 Resultado de evaluaciones previas realizadas a las USF

Los estudios de monitoreo y evaluación (Gobierno municipales y departamentales, Secretaría de Acción Social, Ministerio de Educación y Cultura) (SER, 2010; Santín, 2011; Monroy, 2011; DIPLANP, 2012) realizados a las USF indican que los principales desafíos para mejorar la eficiencia y calidad de las mismas son:

- Completar los equipos de salud de la familia con los/as promotores/as de salud y la eliminación de tareas simultánea (funciones clínicas, administrativas y de gestión),
- Mejorar la dotación de insumos, medicamentos (irregular e insuficiente para cubrir la demanda), equipos y espacios físicos reducidos,
- Mayor inversión en servicios de odontología, que son los más demandados y no son ofrecidos en todas las USF,
- Mejorar la coordinación intrainstitucional de los programas de salud, el funcionamiento de la red de atención primaria y la coordinación interinstitucional, y,
- Proporcionar medios para la movilización de pacientes y para las actividades extramurales.

Por su parte, se han encontrado como aspectos positivos los siguientes;

- La población incurre en menos gasto al contar con un servicio de salud completo dentro de la comunidad que resuelve su problema de salud sin necesidad de la derivación,
- La presencia de USF favorece el acceso al derecho a la salud y a la superación de barreras geográficas, sociales, económicas y culturales, sobre todo para las poblaciones alejadas y con elevados niveles de pobreza,

- La percepción de las personas usuarias de las USF es favorable en cuanto al trato recibido, la gratuidad, el horario de atención, la presencia de varios profesionales de salud, y,
- La instalación de las USF ha permitido dar servicios de salud básicos a las comunidades indígenas, las cuales se están acercando con mayor confianza al sistema de salud.

Conclusiones

El análisis de los indicadores de mortalidad y la situación de salud de la población, junto con las tendencias demográficas, evidencian que el país está enfrentando significativos retos sanitarios y de cuidados, producto de cambios demográficos y epidemiológicos. Esto obliga a actuar con urgencia en el diseño de políticas sanitarias destinadas a vencer los obstáculos sociales y económicos que dificultan a la población acceder al sistema de salud, además de vincularlo con el acceso a otros derechos como el de educación, agua potable y saneamiento, y protección social que contribuyan a la calidad y equidad de la salud, la calidad de vida de sus habitantes y el desarrollo del país.

En Paraguay se está llevando a cabo una reforma del Sistema de Salud que incluye la implementación de Unidades de Salud de la Familia como puerta de entrada a la Atención Primaria de Salud a fin de reducir las exclusiones e inequidades. No obstante, el servicio de salud pública está limitado por la carencia de recursos humanos, económicos y de infraestructura. Además, a pesar de las políticas vigentes de gratuidad, todavía persisten importantes gastos de bolsillo.

A pesar de ello, la participación del sector público en salud va ganando terreno en los últimos años, a expensas del sistema privado y a partir de la utilización en mayor medida de los puestos de salud o USF. La mayor accesibilidad de los servicios de salud desincentiva las consultas no institucionales.

Las principales debilidades identificadas en el estudio guardan relación con la falta de cobertura universal, el desequilibrio entre las actividades de promoción, de las de prevención y las curativas, y la falta de completitud de los recursos humanos. Habiendo identificado la necesidad de incrementar significativamente el número de unidades, llama la atención el estancamiento de implementaciones de nuevas USF en los últimos años, haciendo suponer que el grado de priorización depende de la voluntad política y de la inversión financiera.

Desafíos de políticas públicas

En resumen, aún se requieren esfuerzos para asegurar una atención de calidad para todos, particularmente los más vulnerables. En este sentido, las sugerencias dirigidas al Estado paraguayo sobre acciones concretas respecto a política pública que contribuyan a lograr una mayor equidad en la política fiscal, son las siguientes:

- Reforzar las políticas para lograr la cobertura universal de los servicios de salud,
- Crear y/o adecuar los espacios de infraestructura de las USF en territorios sociales aún no cubiertos y optimizar la capacidad resolutive de las ya existentes a través del equipamiento médico básico necesario para la atención,
- Prestar servicios con ciertos estándares para que una mayor cobertura se traduzca en mejores resultados en salud,
- Crear infraestructura administrativa y organizacional capaz de asegurar una alta calidad de la atención,
- Ampliar los servicios de atención primaria para abordar una gama de condiciones, atendiendo a la rápida transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles y crónicas (como la diabetes y la hipertensión),
- Promover la igualdad en el acceso,
- Formar recursos humanos para la APS con estrecha vinculación con las Universidades locales, y
- Realizar estudios rigurosos para introducir reformas al sistema.

Es necesaria una mayor inversión pública de modo a disminuir el gasto de bolsillo por persona en salud. Todos los esfuerzos de inversión deben planificarse focalizando zonas rurales del país y la población de menores ingreso de manera a reducir la exclusión.

Se debe mejorar la producción estadística del Programa, incluyendo la completitud de los datos y su calidad. Esto permitirá realizar estudios de diversa índole, posibilitando la toma de medidas que permitan mejorar la gestión de las USF.

Referencias bibliográficas

- Acuña, M. C. (2005). *Exclusión, protección social y el derecho a la salud*. OPS/OMS.
- Carrizosa A. (2014). La Gestión Pública en salud. Algunas reflexiones críticas sobre el periodo Agosto 2013 – Agosto 2014. *Debate revista digital de políticas públicas* N° 4 agosto 2014.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2017). Vivimos menos pero somos más saludables. ¿Cómo lo enfrentamos? Recuperado de: <https://blogs.iadb.org/salud/2017/08/14/vivimos-mas-pero-somos-menos-saludables/>
- Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP) (2017). *Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados*. Paraguay: CADEP.
- Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP) (2016). *Gasto Social en Salud. Cartilla fiscal N°18*. Paraguay: CADEP.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. (2015). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2015 Paraguay*. Chile: CEPAL.
- Dullak, R., Rodríguez-Riveros, M. I., Bursztyn, I., Cabral-Bejarano, M. S., Ruoti, M., Paredes, M. E., Wildberger, C.; Molinas, F. (2011). *Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva*. Ciência & Saúde Coletiva, Junio-Sin mes, pp. 2865-2875.
- Guillén, M. C. (2011). *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y equidad*. Asunción: MSP y BS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009a). *Manual de funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF)*. Asunción: MSPBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009b). *Planificación Estratégica 2009-2013*. Asunción: MSPBS.
- Mojarro O., et al. (2003) *Mortalidad materna y marginación municipal. Situación Demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- OPS/OMS – ASDI (2003). *Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe*, Serie “Extensión de la protección social en salud #1”, Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Conferencia Sanitaria Internacional Documentos Básicos, 43ª edición*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Declaración de Alma Ata*, Conferencia sobre la Atención Primaria de la Salud (icphc/ala/78.10), Alma Ata, URSS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Ginebra: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations Population Division.
- Paraguay Debate; CADEP (2015). *Protección social clave para la igualdad de oportunidades*
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad*. Asunción: MSPBS.
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010). *Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015*. Asunción: MSPBS.

- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2014). *III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas*. Fernando de la Mora: DGEEC.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2016a). *Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso, Encuesta Permanente de Hogares 2016*. Fernando de la Mora: DGEEC.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2016). *Base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2016*. Recuperado de http://www.dgeec.gov.py/microdatos_EPH/
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015a). Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015. Fernando de la Mora, DGEEC.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015b). Compendio Estadístico 2014. Fernando de la Mora, DGEEC.
- Rodríguez, J. C., Villalba R. (2016). Gasto y gestión de la salud pública situación y escenario materno infantil, Asunción, Investigación para el Desarrollo.

Anexos

I. Composición del Sistema Nacional de Salud

Actualmente el sistema de salud es mixto compuesto por proveedores del sector público y privado. En el primero se destacan:

- **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS):** institución rectora de la política sanitaria nacional. Tiene como misión garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y servicios de salud a fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Sus gastos son financiados principalmente por el tesoro público y el crédito público. La estructura jerárquica del sistema de salud pública de Paraguay es la siguiente, se dispone de un Hospital Regional en cada departamento, luego hospitales distritales en los distritos más grandes y por último Centros y Puestos de salud.
- **Universidad Nacional de Asunción (UNA):** ofrece servicios de atención ambulatoria, hospitalaria y especializada para la cual dispone del Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil de San Lorenzo. Ambos están dirigidos a atender las necesidades de la población de escasos recursos. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación en lo que corresponde a la Facultad de Ciencias Médicas.
- **Sanidad Militar:** brinda atención a su personal activo, retirados, familiares de dichos cuerpos y excombatientes. Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación a través de lo asignado al Ministerio de Defensa.
- **Sanidad Policial:** atiende a funcionarios, familiares y presidiarios, cuenta con dos hospitales de nivel especializado, servicios odontológicos, puestos sanitarios y dispensarios. Es una institución dependiente del Ministerio del Interior.
- **Instituto de Previsión Social (IPS):** es el principal responsable del seguro social del país, creado por el Decreto Ley N° 17.071/43 como organismo autónomo para proteger a los trabajadores asalariados del sector privado. Ofrece servicios de salud como maternidad, riesgos de enfermedad no profesional, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, provisión de medicamentos, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados. Se financia con los aportes de empleados y empleadores del sector

privado y el Estado aporta cierto porcentaje dentro del Régimen General. También están incluidos los docentes como beneficiarios del IPS.

El sector privado está compuesto por empresas prepagas y de seguros, sanatorios, hospitales, clínicas, de diferente complejidad. Incluye consultorios, laboratorios, servicios de emergencia, farmacia y servicios de medicina tradicional. Se financia por pago de bolsillos de los usuarios y cotizaciones de los afiliados de los sistemas de medicina prepaga (CADEP, 2017:7).

II. Servicios ofrecidos en las USE

1. Proyectos de Promoción²⁵ de la Equidad en Calidad de Vida y Salud en cada etapa del Ciclo Vital:

- Infancia
 - Inmunizaciones.
 - Vigilancia de crecimiento y desarrollo.
 - Prevención y asistencia en salud bucal
 - Prevención de accidentes en el hogar y en la comunidad
 - Salud mental
 - Violencia Familiar
 - Orientación sobre hábitos saludables
 - Atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia

- Adolescencia y juventud
 - Violencia familiar
 - Orientación sobre hábitos saludables
 - Adicciones
 - Salud sexual y reproductiva
 - Salud Mental
 - Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
 - Prevención y asistencia en salud bucal

- Adulto/a
 - Orientación sobre hábitos saludables

25 La promoción incluye actividades educativas, preventivas, curativas y de rehabilitación en cada etapa del ciclo vital.

- Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial
- Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de diabetes
- Salud sexual y reproductiva
- Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
- Control de tuberculosis y lepra.
- Salud bucal
- Salud mental

- Adulto/a mayor
 - Atención integral al hombre y mujer en edad adulta
 - Prevención, tratamiento y control de enfermedades crónicas-degenerativas
 - Promoción de la independencia física del adulto mayor
 - Orientación sobre hábitos saludables
 - Salud sexual y reproductiva
 - Prevención, tratamiento y control de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
 - Control de tuberculosis y lepra
 - Salud bucal
 - Salud mental

- Mujer
 - Atención prenatal.
 - Atención puerperal.
 - Planificación familiar.
 - Prevención y tratamiento a los problemas odontológicos
 - Diagnóstico precoz del cáncer cuello uterino y mama.
 - Violencia familiar
 - Salud Mental
 - Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
 - Atención integral a la salud sexual y reproductiva
 -

La atención integral en cada etapa del ciclo vital incluye atención a la salud mental, bucal, sexual y reproductiva, a enfermedades crónico/degenerativas, infecto/parasitarias y traumatológicas y a las personas con discapacidades.

2. Vigilancia de la salud

- Promoción de la salud ambiental
- Control de vectores
- Registro y notificación de enfermedades
- Vigilancia epidemiológica comunitaria

3. Servicios generales

- Consulta médica y de enfermería a demanda y programada
- Visitas domiciliarias a demanda y programadas
- Dispensación de medicamentos.
- Inmunizaciones
- Primera atención y referencia de urgencias.
- Atención y referencia al parto de urgencia.
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Consejería y Atención en situaciones de Violencias.
- Procedimientos médicos y de enfermería: curaciones simples, cirugía menor, nebulizaciones y administración de inhaladores, control de signos vitales, antropometría, administración de medicamentos, etc.
- Procedimientos básicos de diagnóstico: extracción o toma de muestras.
- Información general al usuario
- Referencia de pacientes a otros servicios de la Red
- Apoyo a las intervenciones en emergencias y desastres
- Apoyo a las labores de rehabilitación y reinserción social de discapacitados.

4. Actividades educativas.

- Actividades organizativas y de participación social
- Formación de grupos de apoyo
- Apoyo de organizaciones sociales
- Participación en Asambleas y reuniones de la Comunidad
- Presentación de informes a la Comunidad

III. Investigación y docencia

Los servicios se ajustarán a las necesidades locales de salud de la población y a sus perfiles epidemiológicos. Se elaborarán guías y normas nacionales de atención, guías de diagnóstico y tratamiento y guías farmacoterapéuticas para la atención.

Fuente: MSPBS, 2009a.

Agua y saneamiento: un desafío para las políticas públicas

Carmen Gómez
Cristina Guillén

INDICADORES | SALUD | POBREZA | UNIDA
DES | DE | SALUD | DE | LA | FAMILIA | EVALUA
CIÓN | PARAGUAY | AGUA | SANEAMIENTO
DERECHOS | HUMANOS | ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES
DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO
IMPUESTOS | DIRECTOS | E | INDIRECTOS
EQUIDAD | EDUCATIVA | SISTEMA | EDUCA
TIVO | DESIGUALDADES | SOCIALES | INVER
EN EDUCACIÓN | GASTO PÚBLICO EN
CACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

El acceso a agua potable y saneamiento está considerado por organismos internacionales, cada vez con mayor énfasis, como un derecho humano. La carencia de estos servicios es entendida por la Organización Mundial de la Salud como deletérea para la salud de la población, sobre todo para la población infantil.

La recopilación de los datos de cobertura de agua potable en el periodo 2006-2015 de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y de la Encuesta de Hogares Indígenas del 2008 (EIH), muestra un pobre avance en el acceso al agua, por lo cual la cobertura de agua potable todavía dista de ser universal.

La situación de cobertura a saneamiento es aún más ineficiente. Todavía existe una gran franja de hogares paraguayos que carecen de dichos servicios sobre todo a nivel rural, urbano marginal y más aún, en los pueblos indígenas. El mayor desafío consiste en diseñar una política pública que, a partir de las necesidades reales, disponga de mayor presupuesto (basado en fuentes del tesoro) y pueda lograr la cobertura universal.

Palabras clave: agua, saneamiento, cobertura, alcantarillado sanitario

Introducción

En este trabajo presentamos la situación de acceso al agua potable y al saneamiento de la población en Paraguay, desde una perspectiva de derechos. El estudio se basa en la relevancia que tiene el acceso a agua potable y el saneamiento en la determinación de la salud de la población.

Las bases de datos utilizadas fueron fundamentalmente: la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del 2006 al 2015, la Encuesta de Hogares Indígenas realizada (únicamente) en el 2008 (EIH), y el Censo Indígena del 2012. Presentamos datos incompletos de la ESSAP, dado que no fue posible acceder a datos oficiales actuales de dicha institución.

El estudio se divide en cuatro capítulos. En el primero abordamos el acceso al agua potable dentro del marco legal internacional, regional y nacional, como un elemento esencial para la calidad de vida y la salud, por tanto como una responsabilidad ineludible del Estado, así como el impacto que tiene el mismo en la preservación de la salud o la generación de enfermedades. Asimismo, hacemos un relevamiento histórico de las instituciones que se hacen cargo de la cobertura de dicho servicio.

En el segundo capítulo presentamos una recopilación de los datos de cobertura de agua potable en el periodo 2006-2015 a partir de los datos de la EPH y de la EIH 2008; este último documento resalta cómo la inequidad se manifiesta en su máxima expresión con los pueblos indígenas. En el tercer capítulo tratamos el tema del alcantarillado sanitario en cuanto a su alcance, marco legal y datos de cobertura. El cuarto capítulo delinea la evolución del presupuesto público y, finalmente, están las conclusiones y recomendaciones para que el Estado pueda llegar a hacer efectivo el ejercicio del derecho al agua y al saneamiento y así cumplir con la universalidad del acceso.

1. Acceso al agua potable

1.1. Compromisos internacionales

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) proponen “poner fin a la pobreza en todas sus formas, reducir la desigualdad y luchar contra el cambio climático

garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás”, enmarcados en una Agenda 2030.

El objetivo 6 de los ODS habla de “Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos”, con las siguientes metas:

6.1. De aquí a 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable a un precio asequible para todos.

6.2. De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad.

6.3 De aquí a 2030, mejorar la calidad del agua reduciendo la contaminación, eliminando el vertimiento y minimizando la emisión de productos químicos y materiales peligrosos, reduciendo a la mitad el porcentaje de aguas residuales sin tratar y aumentando considerablemente el reciclado y la reutilización sin riesgos a nivel mundial.

El agua es uno de los elementos esenciales del bienestar humano, relacionado íntimamente con la alimentación y la salud. Garantizar el acceso al agua potable y adecuadas instalaciones sanitarias, produce un importante impacto en la calidad de vida y de salud mediante el control de enfermedades, entre otros beneficios.

La legislación internacional reconoce que el acceso al agua potable y al saneamiento debe encuadrarse en el marco de los derechos humanos. Ese acceso se menciona expresamente en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (NNUU/OMS, 2011).

En noviembre de 2002, la Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) aprobó su Observación general N° 15, relativa al derecho al agua. En ese documento, la CDESC definió ese derecho como:

El derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico. Un abastecimiento adecuado de agua salubre es necesario para evitar la muerte por deshidratación, para reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el agua y para satisfacer las necesidades de consumo y cocina y las necesidades de higiene personal y doméstica (NNUU/OMS, 2011).

El 28 de julio de 2010, a través de la Resolución 64/292, la Asamblea General de las Naciones Unidas “reconoció explícitamente el derecho humano al agua y al

saneamiento, reafirmando que el agua potable limpia y el saneamiento son esenciales para la realización de todos los derechos humanos” (ONU, 2014).

Asimismo, Paraguay ha ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la ONU, que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y declara al agua potable como un derecho humano fundamental.

La relación del acceso al agua y la salud es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- El agua es esencial para la vida y todas las personas deben disponer de un suministro satisfactorio (suficiente, inocuo y accesible);
- La mejora del acceso al agua potable puede proporcionar beneficios tangibles para la salud;
- Las personas que presentan mayor riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua son los lactantes y los niños de corta edad, las personas debilitadas o que viven en condiciones antihigiénicas y los ancianos;
- La gran mayoría de los problemas de salud relacionados de forma evidente con el agua se deben a la contaminación por microorganismos (bacterias, virus, protozoos u otros organismos). No obstante, existe un número considerable de problemas graves de salud que pueden producirse como consecuencia de la contaminación química del agua de consumo (OMS, 2016, p.11).

El suministro de agua potable segura, el saneamiento y la higiene son imprescindibles para la prevención y la atención de las enfermedades tropicales (la mayoría enfermedades desatendidas) como el dengue, enfermedad de Chagas, esquistosomiasis, helmintiasis, leishmaniasis cutánea y visceral, lepra, rabia etc., que afectan, según la OMS, a más de mil millones de personas, causando discapacidad crónica y la muerte, sobre todo entre los más pobres del mundo. Dado que dichas enfermedades

tienden a agruparse en lugares donde la vivienda es precaria, el agua potable es insegura, el saneamiento es deficiente, el acceso a la atención de la salud es limitado o inexistente y los insectos vectores son compañeros constantes en los hogares y en las tareas agrícolas [...]” (OMS, 2015, p.3).

Una mención especial requiere el derecho al agua para los pueblos indígenas, para quienes abarca mucho más que el acceso a agua potable para el uso personal y doméstico. El agua es fundamental en la existencia cotidiana de los mismos, por-

que es un componente central de sus tradiciones, su cultura y un elemento clave de sus estrategias de sustento:

El acceso de los pueblos indígenas a agua potable está estrechamente relacionado con el control sobre sus tierras, territorios y recursos ancestrales. La falta de reconocimiento o protección jurídicos de esas tierras, territorios o recursos puede, pues, tener consecuencias de largo alcance en su disfrute del derecho al agua. Las fuentes naturales de agua utilizadas tradicionalmente por los pueblos indígenas, como los lagos o ríos, pueden no ser ya accesibles debido a la expropiación o la apropiación gradual de las tierras por otros. El acceso puede verse amenazado también por la contaminación ilegal o la sobreexplotación (NNUU/OMS, 2011, p.26).

A esto se suma que, aunque la mayoría de los pueblos indígenas aún viven en zonas rurales, un número creciente de indígenas están migrando, voluntaria o involuntariamente, a las zonas urbanas, donde con frecuencia acaban viviendo en condiciones inadecuadas, sin acceso a agua potable ni a servicios de saneamiento.

1.2. Marco legal nacional y control de los servicios

La Constitución Nacional no declara al agua como un bien público, pero sí declara la titularidad sobre cualquier servicio público. En este caso, la prestación del servicio de agua potable y alcantarillado sanitario es declarada servicio público por una ley posterior, la 1.614/2000, y el agua como recurso hídrico, se establece como bien de dominio público, por el Código Civil y la ley 3.239/2007.

La carta magna sí contiene dos artículos que hablan del derecho a un medio ambiente saludable y a su protección. En el artículo 7 declara que “Toda persona tiene derecho a habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado”; y en el artículo 8 establece que, serán reguladas por la ley las actividades susceptibles de producir alteración ambiental. En tanto que, el artículo 163 define como competencias de las Gobernaciones, organizar los servicios departamentales comunes, tales como la provisión de agua potable en forma coordinada con las de las distintas municipalidades del departamento.

La ley 1614/2000, del marco regulatorio del servicio de agua potable y alcantarillado sanitario, establece el ordenamiento jurídico legal del sector, en lo relativo a la regulación de la prestación del servicio, la institucionalización de un ente regulador, la definición de un titular de los servicios y la delimitación precisa de los derechos y las obligaciones de los prestadores, como así también de los usuarios. Dicha ley está reglamentada por el decreto n° 18.880/2002 (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.90).

En el 2007, es promulgada la ley de los recursos hídricos del Paraguay, Ley n° 3.239/2007, que tiene por objeto regular la gestión sustentable e integral de todas las aguas y los territorios que la producen, cualquiera sea su ubicación, estado físico o su ocurrencia natural dentro del territorio paraguayo, con el fin de hacerla social, económica y ambientalmente sustentable para las personas. El recurso hídrico es un recurso natural que comprende la totalidad de las aguas superficiales, subterráneas, atmosféricas, y agua útil generada por tecnologías nuevas tales como aguas desalinizadas, regeneradas y otras, en sus diferentes estados físicos, incluidos sus cauces, lechos, álveos y acuíferos y que pueden ser utilizadas de alguna forma en beneficio de las personas. Asimismo, declara al agua potable como derecho humano, en su art. 3, inc. b), expresando “El acceso al agua para la satisfacción de las necesidades básicas es un derecho humano y debe ser garantizado por el Estado, en cantidad y calidad adecuada” (MOPC/OPS/OMS, p. 61).

También la Ley Orgánica Municipal hace referencia al agua potable y alcantarillado, en el art. 12, inciso c, establece como obligación “la prestación de servicios de agua potable y alcantarillado sanitario, de conformidad con la ley que regula la prestación de dichos servicios, en los casos en que estos servicios no fueren prestados por otros organismos públicos”.

1.3. Proveedores de servicios de agua potable y alcantarillado sanitario

Los proveedores de servicio de agua potable y alcantarillado abarcan el conjunto de actividades de carácter gerencial, administrativo, técnico, comercial y financiero desarrolladas por personas físicas o jurídicas, por entidades públicas, privadas o mixtas que tengan a su cargo la provisión del agua potable y del alcantarillado sanitario, y de la operación y mantenimiento de las instalaciones y equipos que se requieran para cumplimiento de las condiciones esenciales del servicio, definidas por la ley n° 1.614/2000 y reglamentada por el decreto n° 18.880/2002 (MOPC/OPS/OMS, p. 61).

Los principales proveedores estatales de servicios de agua potable y alcantarillado sanitario son el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) y la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay S.A. (ESSAP).

La ESSAP es, desde el año 2002, el prestador de servicios de agua potable, alcantarillado sanitario y alcantarillado pluvial a las poblaciones urbanas, es una sociedad anónima, pero con un socio único mayoritario constituido por el Estado paraguayo (reemplazó a la estatal Corporación de Obras Sanitarias – Corposana-).

Su jurisdicción es el área metropolitana y en 27 cabeceras de distritos abarca todas las localidades con más de 10.000 habitantes. Para la ejecución de sus proyectos, además de sus recursos propios provenientes de la recaudación de las tarifas por la prestación de servicios, tiene el financiamiento de organismos multinacionales, siendo los principales prestadores el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (MOPC/OPS/OMS, 2010, p. 21, 22, 25).

El SENASA es un organismo técnico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), cuya principal función es promover y construir sistemas de abastecimiento de agua potable en poblaciones rurales, con menos de 10.000 habitantes, y en comunidades indígenas. Para cumplir el papel de organismos operadores de los sistemas instalados por SENASA se crearon las Juntas de Saneamiento que se rigen por un decreto del Poder Ejecutivo Nacional, n° 8.910/74, y por sus estatutos. Dichas juntas representan a la comunidad beneficiada con los proyectos de suministro de agua potable y realizan trabajos de apoyo y coordinación a las tareas realizadas por el SENASA, aportando recursos financieros y en especies para la concreción de los trabajos de construcción de los sistemas. Hasta 1998, los proyectos de SENASA estaban financiados en su gran mayoría por organismos internacionales (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.21).

Pero a nivel rural, ambas instituciones no lograron paliar el gran déficit de cobertura existente. Esto generó una presión que,

indujo a que otros organismos estatales, gestionen y consigan recursos de financiamientos o donaciones para proyectos y construcciones de sistemas de agua potable en zonas rurales, lo que produjo la incorporación al sector de otros actores, entre los cuales se pueden citar al Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), el Ministerio de Defensa Nacional, el Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC), el Ministerio de Industria y Comercio (MIC), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), la Secretaría Técnica de Planificación (STP), las gobernaciones, los municipios, la Entidad Binacional Itaipu, la Entidad Binacional Yacuyretá y ONG (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.23).

A estos actores debemos sumar la Secretaría de Acción Social (SAS), la Secretaría Nacional de la Vivienda y el Hábitat (Senavitat) y la Secretaría de Emergencia Nacional (SEN).

Otra opción de provisión de agua potable para los que no cuentan con estos servicios, es la construcción de sistemas sencillos particulares como los pozos domiciliarios con o sin bomba.

Otros que aprovechan la crítica situación de falta de servicios de agua potable son los aguateros, personas físicas o empresas con capital privado que invierten

recursos propios en la construcción de pozos profundos, de sistemas sencillos de bombeo y distribución, y conexiones domiciliarias, suministrando el servicio a una población no atendida, a tarifas por lo general más elevadas que las de la ESSAP, con escasa regulación y poco control y vigilancia de la calidad de estos servicios. Al 2010, existían alrededor de 1.000 prestadores privados, concentrados en su gran mayoría en el departamento Central, agrupados en la Cámara Paraguaya del Agua (CAPA) (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.102).

Igualmente se cuenta con otros tipos de prestadores, que, producto de la informalidad del sector, fueron creándose a través de sistemas financiados por organismos binacionales (Itaipu y Yacyretá), gobernaciones o municipalidades, comisiones vecinales, cooperativas (Chaco) u otras entidades de carácter privado (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.102).

En el año 2000, se crean el Ente Regulador de Servicios Sanitarios (ERSSAN), el Sistema Nacional del Ambiente, el Consejo Nacional del Ambiente y la Secretaría del Ambiente (SEAM), esta última tiene por funciones la formulación, coordinación, ejecución y fiscalización de la política ambiental nacional.

En nuestro país el sector de agua potable y saneamiento se estructura funcionalmente en una dependencia del Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC); en 2009 se crea la Unidad de los Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario (Usapas) como su organismo técnico. Las funciones del MOPC en el Sector de Agua Potable y Saneamiento (APyS) son: fijación de políticas; concesiones y permisos de servicios; fortalecimiento institucional a prestadores; planificación física; planificación de inversiones; planificación estratégica de sistema de información sectorial; proyectos de infraestructura hidráulica; ejecución de obras hidráulicas de agua potable y saneamiento (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.25).

1.4. Control de calidad del agua para el consumo humano

Actualmente se dispone de tres guías para determinar la calidad del agua potable: las guías establecidas por la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), basadas en las guías de la OPS-OMS, las disposiciones normativas del ERSSAN y la norma del Instituto Nacional de Tecnología y Normalización (INTN) (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.69).

La DIGESA es una dependencia del MSPBS, su función es ejercer la vigilancia sanitaria de la calidad del agua para consumo humano en todo el país mediante su laboratorio de agua. En el Marco del Programa de Vigilancia de Calidad de Agua Potable, realiza controles de aguateras en conjunto con el ERSSAN; sobre todo en

el departamento Central. En los controles realiza el análisis de cuatro parámetros: nitrato, Coliformes totales, Coliformes fecales, Cloro residual (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.56).

El ERSSAN cuenta desde el 2003 con un Reglamento de Calidad en la Prestación del Servicio Permisionario, que le obliga a evaluar la calidad física, química y bacteriológica de la fuente de abastecimiento de agua, debiendo asimismo preservar la calidad de los citados aspectos desde el proceso de tratamiento hasta la distribución final (Art. 39).

El 41º, que señala que:

El agua potable suministrada por el Prestador debe ser apta para el consumo humano [...]. El ERSSAN tendrá facultad para incrementar gradualmente los estándares de calidad de modo que se acerquen a los límites recomendables conforme a las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respectivamente.

En su artículo 42º indica que:

Las captaciones realizadas por el Prestador para el aprovechamiento de aguas subterráneas de pozos, cualquiera sea su tipo, observarán rigurosamente las especificaciones sobre el sello sanitario, la cobertura y todas las medidas de protección que resulten necesarias para evitar que ocurra una contaminación a través de aguas que se infiltren superficialmente.

Un caso a considerar es el de la empresa Cargill, cuyo puerto de embarque para el traslado de granos se halla ubicado a 500 metros aguas arriba de la toma de ES-SAP, cuyo peligro fue advertido a través de un informe elaborado por la DIGESA del MSPBS, en el que se explica que:

La instalación y funcionamiento de Puerto Unión en su emplazamiento actual es una amenaza real que constituye un riesgo significativo ya que existe el peligro persistente de innumerables situaciones con la ocurrencia de una crisis como el derrame de barcasas, rupturas y otros, sumado al escurrimiento continuo de sustancias nocivas para la salud resultante de los residuos que ingresarían a la toma de agua (<http://ea.com.py/v2/ingeniero-denuncia-peligro-de-contaminacion-del-rio-paraguay-por-parte-de-cargill>).

2. Acceso al agua potable

2.1. Tipo de cobertura

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) registra 7 opciones de fuente de agua: ESSAP y SENASA; Red comunitaria; Red o prestador privado; Pozo artesiano; Pozo con Bomba; Pozo sin bomba; Manantial, naciente, tajamar.

En cuanto al acceso a agua a través de la Red ESSAP y de SENASA, tenemos que desde el 2006 al 2015, sufre un aumento de 8 puntos porcentuales (de 49,4% en el 2006 al 57,4% en el 2015), lo que da un promedio de menos de 1 punto por año.

Es más, ocurrió un deterioro de la cobertura, con un descenso entre los años 2006 y 2010, como muestra el Gráfico N° 1. En efecto, si tomamos como punto de partida el 2006, la cobertura era 49,4%, que va descendiendo hasta 47,8% en el 2010. El aumento real se dio entre los años 2010 al 2015, pasando de 47,8 a 57,4% en el 2015, equivalente a un aumento de 9,6 puntos porcentuales en 6 años.

La Red comunitaria, tomando como lapso de 2007¹ al 2015, aumentó su presencia en 5 puntos (de 7,8 a 12,8%). El comportamiento no fue lineal sino con altibajos teniendo su pico máximo en el 2009 con 16,1%.

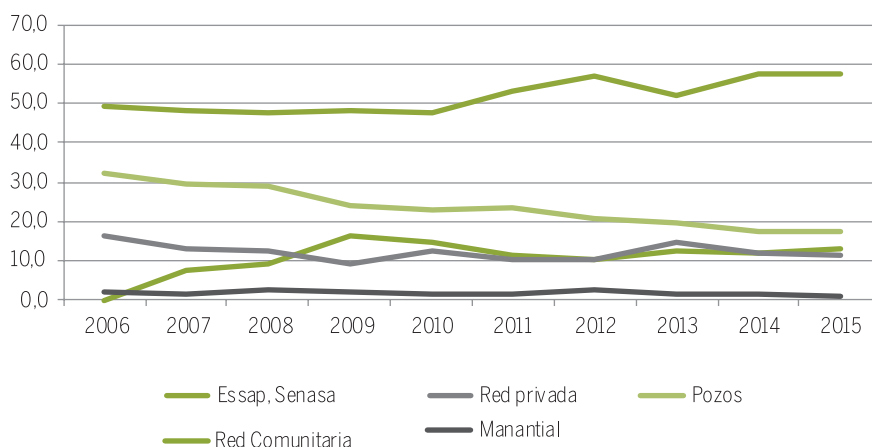
La Red o prestador privado sufre un leve descenso (4,6 puntos porcentuales) de 16,2 pasa a 11,6% en el periodo de tiempo considerado, pero mantiene su presencia relativamente importante.

El abastecimiento de agua a través de pozos artesianos -con y sin bomba- que es la segunda fuente más importante después de la red ESSAP y de SENASA, viene a ser una respuesta individual a la demanda no satisfecha del abastecimiento en red. Esta fuente bajó a la mitad el porcentaje de cobertura, de 32,4% en el 2006 a 17,2% en el 2015.

Por último, están los hogares que se abastecen a través de manantial, nacientes y tajamares, cuya participación bajó de 2,0% a 0,9%, con altibajos, con un pico máximo en el 2012 con 2,6%. Esta forma de abastecimiento generalmente corresponde a comunidades indígenas.

1 Año con datos.

Gráfico N° 1
Tipo de cobertura a nivel nacional



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH 2006-2015

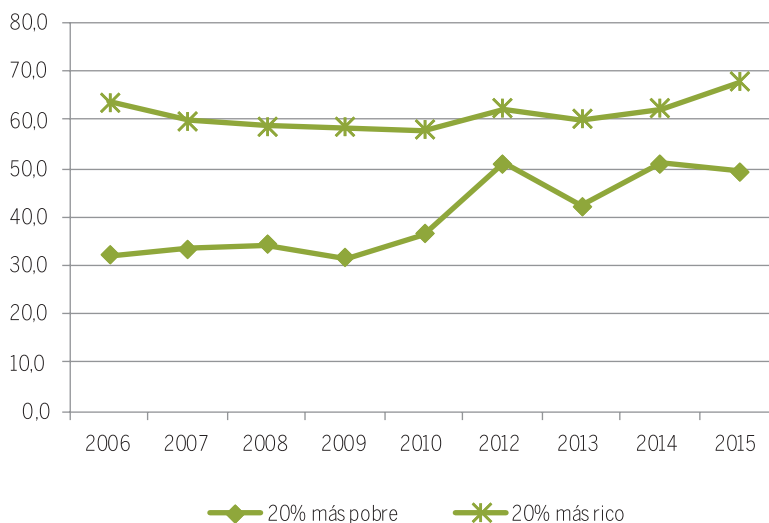
Según datos de cobertura proveídos por ESSAP, a diciembre de 2008², se contaba con 265.579 conexiones en 28 distritos, de los 223 existentes, para ese entonces, en el país. De ese total de conexiones, el 75%, equivalente a 200.130 viviendas, está localizado en 9 de los 11 distritos que conforman el área metropolitana de Asunción.

2.2. Acceso a agua por niveles de ingreso

Si se considera el acceso a agua a través de la Red ESSAP y de SENASA, de todas las franjas, el 20% más pobre es el que más amplió su cobertura, aumentando 17,4 puntos porcentuales en 10 años (pasó de 32 a 49,4% en el periodo estudiado). Pero al 2015, se mantiene por debajo del 50%, esto es 18 puntos porcentuales menos que el quintil más rico. El 20% más rico subió tan solo 4,2 puntos, de 63,6% a 67,8% en 10 años.

² Estos datos no pudieron ser actualizados debido a la falta de respuesta a la solicitud hecha a la ESSAP.

Gráfico N° 2
Cobertura de la red ESSAP/SENASA por niveles de ingreso



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH 2006-2015

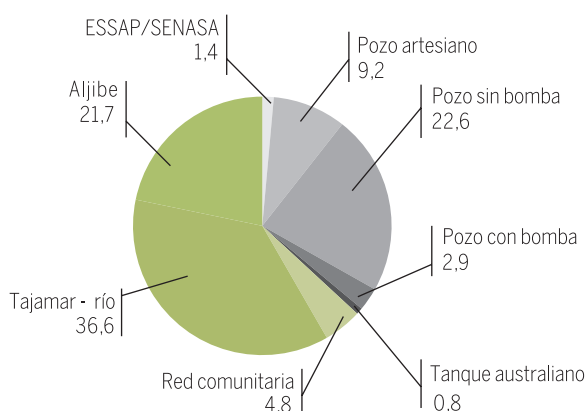
2.3. Acceso a agua por lugar de residencia

En 10 años, en el área urbana el acceso a la red de ESSAP/SENASA, en términos de porcentajes, se mantuvo igual, ya que en el 2006 tenía 63% y en el 2015 seguía con 62,9%, aun así, en números absolutos significó el acceso de 446.331 personas a esta red. Como la tasa se mantuvo a lo largo de 10 años, 2 de cada 3 personas urbanas acceden a agua potable por estas redes.

El sector rural, sin embargo, a pesar de tener un aumento relativo de 18,8 puntos en 10 años, en términos absolutos significó el acceso de solamente 598.640 nuevos usuarios. En proporciones hubo una mejora dentro del sector; en el 2006 era de 1 de cada 3 personas; mientras que en el 2015, la relación pasó de 1 por cada 2 personas.

Para la población indígena, la principal fuente de agua en el 2008 era el manantial, naciente, tajamar, río, arroyo o agua de lluvia, con 36,6%; le seguían el aljibe (21,7%), el pozo sin bomba (22,6%), pozo artesiano (9,2%), red comunitaria (4,8%) y pozo con bomba (2,9%).

Gráfico N° 3
Población indígena según tipo de agua que utiliza, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EIH 2008

Si comparamos el acceso a la red ESSAP/SENASA, con un promedio nacional de 47,7%, los indígenas tenían ese año apenas 1,4%, o sea 34 veces menos que a nivel país, e incluso 25 veces menos que el quintil más pobre (con 34,3%).

La mayor fuente utilizada por la población indígena (manantial, naciente, tajamar, río, arroyo, agua de lluvia), con un 36,6% según la EIH 2008, resulta 15 veces superior al promedio general y 6,7 puntos porcentuales más que el quintil más pobre. Según el censo indígena 2012, la cobertura de agua corriente es de 15,1% (agua corriente, procedencia a través de ESSAP, SENASA o Junta de Saneamiento, Red comunitaria o Red privada), valor muy superior al registrado en el EIH 2008, que fue de 6,2%.

Tabla N° 1
Cobertura comparativa Nivel Nacional, Indígena y 20% más pobre

	Nacional %	Indígena %	20% Más Pobre
Red de ESSAP, SENASA	47,6	1,4	34,3
Red comunitaria	9,0	4,8	12,9
Red o prestador privado	12,3	s/d	6,0

	Nacional %	Indígena %	20% Más Pobre
Pozo artesiano	3,1	9,2	0,9
Pozo con bomba	11,2	2,9	8,3
Pozo sin bomba	14,4	22,6	32,1
Aljibe	s/d	21,7	s/d
Manantial, nacimiento, tajamar, río, arroyo, agua de lluvia	2,4	36,6	5,5
Tanque australiano	Sd	0,8	Sd

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH 2008 y de la EIH 2008

Si se toman los departamentos para los que se tienen datos en los 10 años, Asunción cuenta con la mayor cobertura de la Red ESSAP/SENASA en el periodo estudiado. Comienza con un porcentaje ya alto de 95,9% en el 2006, y llega a 97,1% al 2015, el resto de la fuente de agua corresponde a pozo artesiano o pozo con bomba.

El departamento Central le sigue en cobertura, con 63,5% al 2015, creció 8 puntos porcentuales, pues en el 2006 tenía 55,5%; la otra fuente principal es la Red privada que se mantiene casi con los mismos valores, 29,9% (2006) y 28,2% (2015).

Cabe destacar que en San Pedro la cobertura de la Red ESSAP/SENASA se duplicó en 10 años, de 34,6% en el 2006 llega a 68,9% en el 2015, el mayor crecimiento se da a partir del 2010. El prestador privado cayó de proveer el 32,2% en el 2006 a un 0,2% en el 2015. El segundo en importancia es la Red comunitaria, que bajó levemente –de 23,7 a 20,6%– en 10 años. También descendió la fuente pozo sin bomba, bajando de 20,3% a 7,1% entre el 2006 y el 2015.

En Caaguazú, otro departamento con alto índice de pobreza³, la situación es diferente: la Red ESSAP/SENASA comienza con una cobertura de 25,2%, y sube apenas 9 puntos porcentuales en 10 años, llegando a 34,2%. La otra fuente que sube es la Red comunitaria, de 28,8% en el 2007 pasa a 37,1% en el 2015; en cambio, la de prestador privado, de 20% en el 2006 bajó a 3,6%.

Como vemos, tanto en San Pedro como en Caaguazú disminuyó el porcentaje del proveedor privado, el primero por el importante aumento de cobertura de SENASA y el segundo por esa misma razón, y por el aumento de la red comunitaria.

3 En el 2015, la pobreza extrema en Asunción era del 3%, en Central 0,75% y en Alto Paraná, 4%; en Itapúa, 5%, en Caaguazú, 9%, en San Pedro, 14,9% (DGEEC/EPH, 2016).

Analizando los demás departamentos, en Itapúa la fuente que crece en cobertura es la Red comunitaria, de 2,3% que tenía en el 2006 sube a 35,5% en el 2015 (el mayor crecimiento se dio en los últimos 3 años). La Red ESSAP/SENASA no solo no creció sino que bajó su cobertura, de 46,3% en el 2006 a 40,5% en el 2015. Las otras fuentes son los pozos (17,9% al 2015) y la Red privada (3,2%). Manantial, tajamar, agua de lluvia, si bien bajó del 4,1% (2006) al 2,9% (2015), mantiene su presencia. En Alto Paraná la principal fuente es Pozo con Bomba, que se mantuvo prácticamente con la misma cobertura a lo largo de 10 años (43,6%), la Red ESSAP/SENASA al inicio del periodo estudiado presenta una cobertura muy baja de 19,3%; creció 5,3 puntos porcentuales, llegando a 24,6 % en 10 años.

Como puede observarse, Asunción tiene el mayor porcentaje de cobertura de la Red ESSAP/SENASA al 2015: 97.1%, en tanto que el departamento con menos cobertura es Alto Paraná, con 24,6%, casi un tercio de la cobertura de la Capital. En tanto que, si comparamos Itapúa con Alto Paraná, el primero tiene casi 15 puntos porcentuales más (40,5%), que el segundo (24,6%), ambos departamentos ostentan las mayores tasas de actividad económica (PEA/PET), alrededor del 63% (STP-DGEEC-EPH 2015).

La cobertura de agua potable, según datos de SENASA, en los departamentos de San Pedro, Caaguazú, Itapúa, Alto Paraná y Central, aumentó en términos absolutos, en un periodo de 6 años en unas 44.000 personas beneficiadas; pero en términos relativos, bajó de 52,8% de cobertura a 48,55%. El único departamento que mejoró tanto en números absolutos como relativos fue el departamento de San Pedro, de 94,84% pasó a 98,90%, lo cual significó 78.661 mil personas más beneficiadas en dicho periodo. El resto de los departamentos bajó la cobertura en números absolutos y relativos.

Tabla N° 2
Departamentos cubiertos por SENASA

Departamento	POBLACIÓN CUBIERTA POR AÑO													
	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%		
San Pedro	172.969	94,84	165.426	89,49	182.998	97,68	232.057	58,13	298.774	73,9	251.630	98,90		
Caaguazú	150.485	61,37	162.714	65,67	130.222	52,01	133.104	25,42	171.094	32,34	135.361	49,04		
Itapúa	139.064	52,5	139.576	51,97	119.969	44,05	120.701	21,48	156.247	27,45	138.384	47,29		
Alto Paraná	101.492	29,05	100.171	28,16	81.086	22,40	98.479	13,14	125.095	16,43	98.479	25,06		
Central	458.400	51,24	492.734	53,75	395.500	42,12	397.280	20,92	517.089	26,63	442.302	45,14		
Total	1.022.410	52,80	1060621	53,74	909.775	45,24	981.621	23,75	1.268.300	30,16	1.066.155	48,55		

Fuente: Elaboración propia con base en datos proveídos por SENASA, 2017

Según informe presentado por el gobierno paraguayo al cierre de los ODM (2005-2015), se logró la meta país de reducir a la mitad para el 2015 el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable. La Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC), considera fuentes mejoradas de agua a aquellas que, por la naturaleza de su diseño y construcción, presentan el potencial de proporcionar agua para consumo. Las fuentes mejoradas incluyen: agua por tubería, pozos de sondeo o pozos entubados, pozos perforados protegidos, manantiales protegidos, agua de lluvia, y agua envasada.

Tabla N° 3
Metas de cumplimiento ODM

Meta 7 C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento					
Indicador	Evolución del Indicador				Meta 2015
	2000	2005	2010	2014	
7.4 Porcentaje de la población con acceso a fuente de agua mejorada.	61,5	70,4	81,4	87,1	76,8
7.5 Porcentaje de la población con acceso a agua en red.	52,5	60,6	75,2	81,1	71,8
7.6 Porcentaje de población con acceso a saneamiento mejorada	59,9	65,3	69,2	80,1	76,9

Fuente: Segundo informe de gobierno de ODM, setiembre 2015. Gabinete Social

3. Alcantarillado sanitario

El Saneamiento es la provisión de instalaciones y servicios para la eliminación segura de las excretas humanas. Se refiere a la gestión segura de las excretas en todo el proceso, desde la recolección, vaciado, transporte y tratamiento hasta la eliminación o reúso (OMS 2015, p.30).

Si bien el acceso a servicios de saneamiento aún no se ha reconocido como un derecho, un número creciente de declaraciones, regionales e internacionales y nacionales, indican un avance en esa dirección, porque carecer de acceso a ser-

vicios de saneamiento adecuados tiene un profundo efecto negativo en numerosos derechos humanos. Por ejemplo, sin servicios de saneamiento no es posible disfrutar del derecho a una vivienda adecuada. El impacto negativo de la falta de saneamiento en la salud está bien documentado: es responsable de hasta una cuarta parte de las defunciones de menores de 5 años. El saneamiento deficiente repercute además seriamente en la calidad del agua y pone en peligro el disfrute de este derecho (NNUU, 2011, p.7).

En 2006, la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos aprobó las directrices para la realización del derecho al agua potable y al saneamiento. En ellas se utiliza la definición del derecho al saneamiento elaborada por el Comité [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales], y el derecho de toda persona a acceder a un servicio de saneamiento adecuado y seguro que proteja la salud pública y el medio ambiente.

En 2007, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los DDHH (ACNUDH), llevó a cabo un estudio sobre el alcance y el contenido de las obligaciones pertinentes en materia de derechos humanos relacionadas con el acceso equitativo al agua potable y el saneamiento (A/HRC/6/3), concluyendo que “había llegado el momento de considerar el acceso al agua potable y al saneamiento como un derecho humano” (NNUU, 2011, p.9).

Según el informe oficial del gobierno (Tabla N° 3), se llegó a la meta de ODM de reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso a saneamiento mejorado. Pero debe recordarse que la cobertura del servicio de alcantarillado sanitario se circunscribe a Asunción y Área Metropolitana. En el 2011, los servicios de alcantarillado sanitario cubrían poco más del 85% de Asunción y por debajo del 10% en las ciudades de Fernando de la Mora, Lambaré, Luque, Mariano Roque Alonso y San Lorenzo (Central) (EASEGA, 2012, p.22).

3.1. Cobertura de la red de alcantarillado sanitario

Según la EPH, la cobertura de la red de alcantarillado sanitario subió ligeramente del 8,2% (2006) al 11,9% (2015), 3,7 puntos porcentuales en 10 años. La construcción de pozo ciego en las casas sufrió un aumento de 14,9 puntos porcentuales (de 54,5 paso a 69,4%) en un periodo de 10 años, constituyendo esta alternativa la de mayor opción. En tanto que la letrina común, si bien bajó en porcentaje, sigue siendo importante; en el 2006 ocupaba el 32,7% y en el 2015 el 17,5%.

Al 2015, el quintil de mejor cobertura es el más rico, con 22,1%, pero mantiene el mismo porcentaje que hace 10 años (22,3% en el 2005). Para los otros quintiles, sí se constató un aumento: el 20% más pobre mantiene una cobertura casi inexis-

tente 0,9 a 3,2%. El segundo quintil aumentó su cobertura de 2,9 a 8%, el tercero de 6 a 12,4%, y el cuarto, de 7,9 a 13,2%.

Si se analiza el acceso según zona de residencia, el área urbana en 10 años creció 2,5 puntos porcentuales, lo que equivalió a que 203.651 nuevas personas accedieran a la red de alcantarillado. En cambio en el área rural creció en términos relativo casi el doble, 4,8 puntos, pero solo benefició a 132.985 personas. Esto significa que para el 2015 a nivel urbano 1 de cada 6 personas tienen acceso a la red de alcantarillado (683.914 personas de una población urbana total de 4.170.209) y a nivel rural 1 de cada 20 (140.550 personas de una población rural total de 2.755.891).

Si analizamos el acceso a pozo ciego en el sector rural, sí hubo un avance. Si en el 2006, 1 de cada 3 personas contaban con pozo ciego, en el 2015 la proporción subió a casi 1 de cada 2.

Si en el 2008 el promedio nacional de cobertura de la red de alcantarillado era 8,4%, y en el quintil más pobre casi inexistente, 0,6%; entre los indígenas es inexistente (Cuadro N° 4). El ítem que le sigue en cuanto a nivel de protección es el de baño moderno con pozo ciego; mientras a nivel nacional, la cobertura era de 60,7%, el quintil más pobre tenía 30%, los indígenas apenas 1,4%. En síntesis, el principal tipo de desagüe con que cuenta la población indígena es la letrina común, con 89,8%.

En cambio, en el 2012 (Censo 2012), la disponibilidad de baño moderno con pozo ciego aumentó de 1,1% a 3,8% en relación al censo 2002.

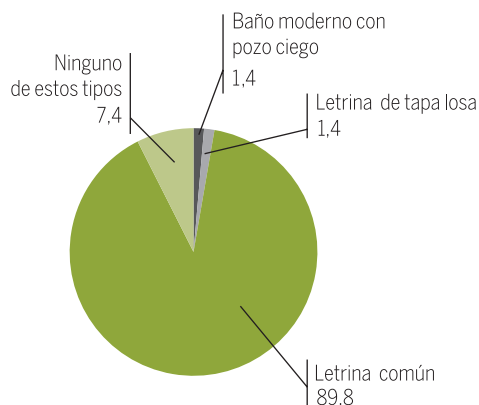
Tabla N° 4
Comparación de acceso a desagüe sanitario de los pueblos indígenas con el promedio nacional y con el 20% más pobre

Desagüe Sanitario	Nacional %	Indígena %	20% Más Pobre
Red de alcantarillado sanitario	8,4		0,6
Baño moderno con pozo ciego	60,7	1,4	30
Letrina de tapa losa		1,4	
Letrina común	29,1	89,8	66,3
Ninguno de estos tipos	0,8	7,4	1,2
No tiene baño	1		1,9
No disponible	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH 2008 y de la EIH 2008

Gráfico N° 4

Tipo de desagüe sanitario en las comunidades indígenas



Fuente: EIH 2008

A nivel país, Asunción es la ciudad que cuenta con mayor cobertura con red de alcantarillado sanitario, con una cobertura de 70,5% en 2015 (EPH, 2015) (era de 55,6% en el 2006). Existe todavía al 2015, un 22,4% de la población capitalina con pozo ciego y un 2,7% sin baño.

El departamento Central, que rodea a la Capital, tiene una ínfima cobertura que no solamente no creció sino bajó, de 6,5% a 5,2% en 10 años. Al 2015, todavía el 92,1% elimina sus excretas a través de pozo ciego.

Con relación al sistema de tratamiento de cloacas, cerca del 25% de la población de San Lorenzo es beneficiada con la red de alcantarillado y tratamiento por laguna de estabilización. El municipio de San Bernardino dispone de red de alcantarillado para una población de 3.800 habitantes residentes en las áreas urbanas, cuyas cloacas están dirigidas a la planta de la laguna de estabilización. El efluente de esta planta se vierte directamente al Arroyo Salado para evitar la polución del lago (Seam, 2013, p.7).

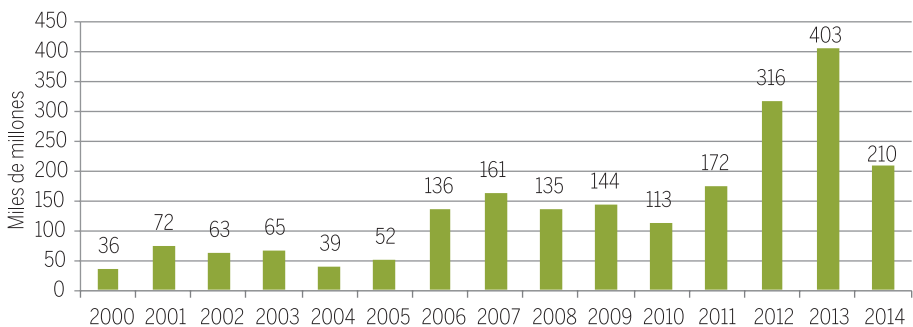
El único departamento que creció notablemente en cobertura de saneamiento a lo largo de este periodo es Itapúa, que de 5,2% subió a 39,1%, aunque aún sigue bajo. Alto Paraná se mantuvo igual durante los últimos 10 años, 2,1% en el 2006, 2,4% al 2015. Caaguazú bajó en esa década, de 3,9 a 2,7%, y San Pedro no cuenta con datos confiables al respecto.

4. Evolución del presupuesto destinado a protección del medio ambiente y puesta en funcionamiento de servicios de agua y saneamiento (2000-2014)

La evolución del presupuesto (2000-2014) correspondiente a protección del medio ambiente y servicios de agua y saneamiento incluye tanto programas como subprogramas y proyectos con fuente del tesoro público, de donaciones o préstamos, de varias instituciones. Es así que las inversiones orientadas al logro del objetivo 7 de los ODM, que hace referencia al porcentaje de población con acceso a saneamiento mejorado, estaban ubicadas, principalmente, en las siguientes instituciones: la Secretaría del Ambiente, el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental, el Ente Regulador de Servicios Sanitarios y el Instituto Forestal Nacional, debido a que toda la acción de estas entidades está orientada a garantizar la sostenibilidad ambiental y además los programas de provisión de agua y saneamiento ambiental del Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones y de la Secretaría de Acción Social.

Observando el Gráfico N° 5 tenemos que los montos ejecutados del 2000 al 2005, oscilan entre 36 a 72 mil millones de guaraníes. Desde el 2006, experimenta un aumento significativo de 2 a 4 veces más las cifras ejecutadas (entre 113 a 161 mil millones). Finalmente, desde el 2011 al 2013 crece progresivamente la ejecución, aunque el mayor impulso se dio en los dos últimos años hasta alcanzar a 403 mil millones, con posterior descenso a la mitad en el 2014.

Gráfico N° 5
Ejecución presupuestaria destinada a protección del medio ambiente, servicios de agua y saneamiento (2000-2014)



Fuente: Unidad Técnica del Gabinete Social. 2015

Con la transformación de la ESSAP en sociedad anónima en el año 2002, se estableció su total independencia del presupuesto público, por lo cual su presupuesto ya no se puede visibilizar en el Presupuesto General de Gastos de la Nación (PGGN).

Las otras entidades como la Secretaría de Acción Social (SAS) ejecutan dos tipos de inversión en el sector de agua potable y saneamiento, centrados exclusivamente en los 66 distritos más carentes del país, con recursos disponibles en otros programas sociales y con recursos de Focem (Fondo de Convergencia del Mercosur) desde el 2008. La Senavitat se encarga de la construcción de los sistemas de abastecimiento de agua cuando, en el desarrollo de proyectos de vivienda, la entidad detecta la no existencia de un prestador del servicio en la zona. El Ministerio de Agricultura y Ganadería (MAG), a través del Instituto Nacional de Desarrollo Rural y de la Tierra (Indert), realiza a más de la compra de nuevas tierras para asentamientos rurales, la construcción de pozos de agua, entre otros (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.65 y 66).

El MOPC tiene a su cargo actualmente el Acueducto Río Paraguay - Puerto Casado, que ha tomado en consideración los antecedentes de los dos proyectos de acueductos ya diseñados en el pasado: de la antigua Comisión Acueducto MOPC y de la Corporación Aguas para el Chaco. Tiene por objeto proveer agua potable para consumo humano beneficiando al inicio de la operación a unos 70.000 habitantes, de los cuales 40.000 son de pueblos originarios del Chaco Central. El proyecto considera el tratamiento físico químico en Puerto Casado y el bombeo inicial de 12.000 m³/día (12 millones de litros por día) de agua tratada al Chaco Central (Loma Plata, Filadelfia, Neuland, Tte. Irala Fernández, Lolita). Las obras contemplan la colocación de tuberías de Puerto Casado a Loma Plata, una planta de tratamiento en Puerto Casado, un reservorio de agua potable en Loma Plata, cuyas construcciones se hallan en proceso (<http://www.mopc.gov.py/proyecto-acueducto-para-el-chaco-central-p2>).

Las entidades binacionales –Itaipu y Yacyretá- aportaron al 2010 (no fue posible acceder a datos al 2015) en forma permanente recursos no reembolsables (alrededor de 30 millones de dólares) al sector, principalmente para juntas de saneamiento y comisiones vecinales en sus áreas de influencias (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.78).

Las Gobernaciones reciben transferencias en concepto de “royalties”, parte de los cuales los dedican, según sus propios criterios, a invertir en agua potable y saneamiento. (MOPC/OPS/OMS, 2010, p.76)

Una estimación aproximada de las necesidades financieras sectoriales, según el Análisis Sectorial realizado por el MOPC junto a la OPS, establecía que era necesario invertir como mínimo 698 millones de dólares desde el 2010 hasta el 2015, para intentar cumplir con las metas del milenio de las Naciones Unidas. Al insuficiente monto destinado a agua y saneamiento, se sumó la baja ejecución presupuestaria. Así tenemos que en el 2007, la ejecución fue de 63% y en el 2008 solamente 55% (MOPC/OPS/OMS, p.57-72).

Un dato importante a analizar es el monto subsidiado por el Estado según el decreto 3617/04 a las comunidades rurales: va de 40 a 82%, y a las comunidades indígenas 85%, según se puede ver en la Tabla N° 5:

Tabla N° 5
Fuente de financiamiento a comunidades rurales e indígenas

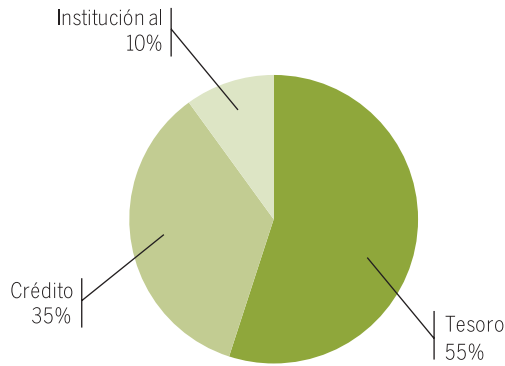
Fuente de financiamiento	N° de conexiones		Comunidades Indígenas
	Menor o igual 150	Mayor a 150	
Aporte en efectivo de la comunidad antes del inicio de las obras	1%	5%	0%
Aporte efectivo de la comunidad durante la construcción	2%	10%	0%
Aporte en especie	15%	15%	15%
Subsidio estatal	82%	40%	85%
Préstamo a la comunidad a largo plazo	0%	30%	0%
Total	100%	100%	100%

Fuente: decreto ley 3617/04

Las fuentes de financiamiento del sector agua y saneamiento se distribuyen de la siguiente manera: el 55% proviene de fuentes del tesoro, el 35% de créditos y el 10% de ingresos institucionales (MOPC/OPS/OMS, 2010).

Gráfico N° 6

Fuentes de financiamiento del presupuesto de agua y saneamiento 2008



Fuente: MOPC, Actualización del análisis sectorial 2010

Según cálculos realizados en el 2010 para el costeo donde se calcula el valor de conectar una nueva persona al servicio de agua y saneamiento en red, se tienen dos escenarios: uno de bajo costo tiene una cifra de US\$ 120 para el agua, y de US\$ 100 para el servicio de saneamiento; y un escenario de alto costo donde la cifra se calcula en US\$ 160 y US\$ 300, respectivamente (MOPC/OPS/OMS, p.79). “En cambio, se estima que cada dólar invertido en agua y saneamiento dará como resultado un retorno de más de cinco dólares en beneficios para la salud” (OMS 2015, p.9).

Conclusiones

La cobertura de agua del 2006 al 2015 mostró bajo crecimiento, dado que en promedio la red de agua estatal (ESSAP/SENASA) cubrió un poco más del 50% de la población.

El acceso a agua según lugar de residencia, es un ejemplo de inequidad pues en el área urbana 2 de cada 3 personas y en el rural 1 de cada 2 personas, tiene acceso

a agua potable. Existe una brecha cada vez mayor entre la producción efectiva de servicios de agua potable y la necesidad de la población, lo que constituye una seria vulneración al derecho al agua.

La población indígena, que representa el 1% del total de la población, constituye el segmento social más carenciado y de menor acceso. La mayor fuente utilizada por dicha población es manantial, naciente, tajamar, río, arroyo, agua de lluvia, 15 veces más que el promedio general y 6.7 puntos más que el quintil más pobre, siendo la fuente menos confiable en cuanto a potabilidad. Estos datos evidencian que la población indígena es la más pobre entre los pobres y la más excluida en acceso a servicios básicos.

El sector de agua potable se caracteriza por la falta de rectoría; regulación de los servicios; escasa coordinación interinstitucional y planificación nacional (superposición de roles y actividades). Así como también por contar con recursos limitados y dispersos, dependientes esencialmente del apoyo externo, que no satisfacen las demandas de la población. La exigua calidad y eficiencia en la prestación de los servicios es la consecuencia de la ausencia de una política pública de acceso universal al agua potable basada en los derechos humanos.

Otra problemática crítica del sector de agua potable en el país es la poca confiabilidad de los datos de cobertura de los servicios, así como la ausencia de sistematización de la información sobre posibles brechas de coberturas nominales y reales desde la perspectiva sanitaria y ambiental.

A su vez, no se ejerce el control periódico de calidad del agua para el consumo humano, tanto por parte de los entes operadores como de los fiscalizadores. En consecuencia, existe un alto riesgo de contaminación de las aguas superficiales (caso Cargill y toma de agua de ESSAP en Asunción) y subterráneas que sirven de fuente a los sistemas de abastecimiento de agua potable.

A pesar de que, según el informe presentado por el gobierno al cierre de los ODM, se logró la meta país de reducir a la mitad, para el 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable, debe considerarse que se utilizó el indicador de la DGEEC de acceso a fuente de agua mejorada, que incluye prácticamente todos los tipos de abastecimiento: agua por tubería, pozos de sondeo o pozos entubados, pozos perforados protegidos, manantiales protegidos, agua de lluvia, y agua envasada. El gran desafío es que dichas fuentes tengan garantía de potabilidad.

Se destaca que el acceso deficiente a agua y saneamiento, y las enfermedades causadas o favorecidas por este, contribuyen a un ciclo vicioso de pobreza y enfer-

medad que deteriora aún más la calidad de vida de la población, sobrecargando al sistema de salud con dolencias prevenibles (como las infecciones gastrointestinales bacterianas, virales y parasitarias). Las personas afectadas y sus familias pueden incurrir en gastos de salud catastróficos y terminar endeudándose cuando además el sistema de salud no da soluciones.

La cobertura de la red de alcantarillado sanitario experimentó un crecimiento ínfimo. Sigue siendo muy baja y pocos sistemas tienen tratamiento final de sus efluentes. Ante la escasez de servicios públicos efectivos, las familias construyen pozos ciegos en sus casas.

La ampliación de la red de alcantarillado sanitario no acompaña la tasa de crecimiento poblacional sobre todo en áreas urbanas, lo cual produce aumento de las cargas sanitarias. Se requiere de inversión y de tecnología para revertir esta situación. Los recursos financieros disponibles son los suficientes para ejecutar proyectos que posibiliten un necesario y decisivo aumento en la cobertura del servicio de alcantarillado, siendo aún más agudas las necesidades en el sector, en sistemas de recolección, tratamiento y disposición de las aguas residuales y excretas.

Desafíos en políticas públicas

La provisión de agua para consumo humano a las comunidades es responsabilidad del Estado paraguayo, el cual debe asumir su rol rector y establecer un ordenamiento para que cada institución estatal cumpla las funciones establecidas en las leyes nacionales y en los compromisos internacionales.

El marco de derechos humanos debe guiar la elaboración de políticas públicas. El agua es un bien público así como un recurso natural estratégico. Es particularmente relevante para preservar la vida y la salud, sobre todo para la población infantil, cuyas principales causas de morbimortalidad se relacionan con el acceso o no a dicho servicio; como ejemplos están los cuadros de gastroenteritis sobre todo en menores de 1 año, parasitosis, hepatitis A, etc.

Es además un imperativo ético cumplir con el mandato constitucional de mejorar la calidad de vida de toda la población, a través del saneamiento, empezando por los más vulnerables. Esto conlleva la responsabilidad estatal de la expansión de la cobertura, es decir, el sistema de recolección, conducción, tratamiento y disposición sanitaria de las aguas residuales y de excretas. Una de las prioridades es

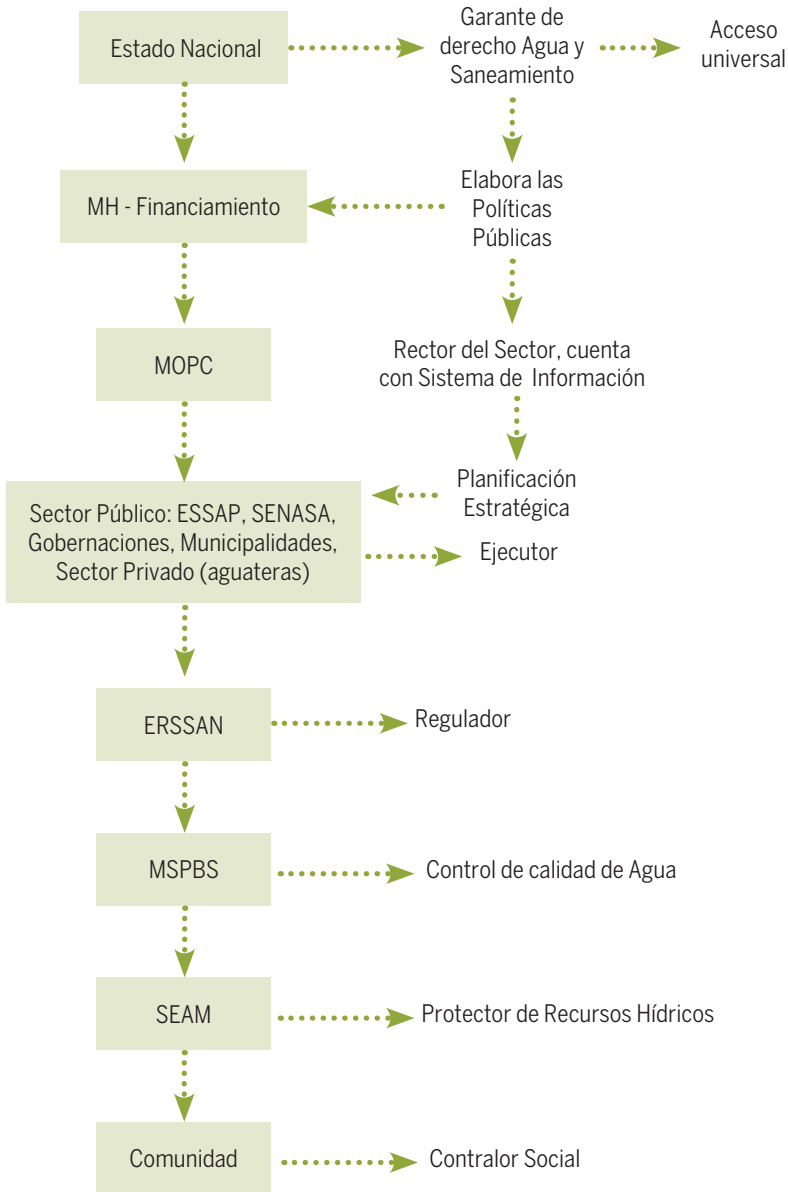
sustituir las letrinas de las instituciones públicas en general y en particular, de las de salud y educación, por baños con wáter y pozo ciego, a ser extensiva a toda la población.

Para garantizar el acceso al agua es fundamental el reordenamiento del sector de agua y saneamiento, fortaleciendo todos los aspectos, sobre todo la rectoría, la planificación del sector, el financiamiento, la coordinación institucional, la regulación de la prestación del servicio y el control de calidad. Esto se debe traducir en una prestación de servicios garantizados para el sector urbano, periurbano, rural, nucleados y dispersos; como también a comunidades indígenas. El acceso de agua potable a las poblaciones indígenas implica modelos y/o soluciones adaptadas a su cultura.

Las decisiones políticas deben ir acompañadas de decisiones económicas que impliquen la asignación de los recursos para este sector, a fin de lograr el acceso universal. Para garantizar que el agua sea asequible, el Estado debe adoptar políticas adecuadas de precios. Respetando las normativas relativas a los subsidios para los usuarios de las áreas urbano-marginal, rural e indígena.

Cada institución debe cumplir a cabalidad las funciones para la cual fue creada, de modo que se complementen para dar una respuesta integral a la problemática del agua y del saneamiento, unificando criterios técnicos, evitando superposición de roles e ineficiencia en el uso de recursos. Esta propuesta puede graficarse de la siguiente manera:

Gráfico N° 7.
Organización del sector Agua y Saneamiento



Fuente: elaboración propia a partir de datos relevados en el estudio

El establecimiento de políticas públicas sectoriales considerando las necesidades de ampliación progresiva de la cobertura hasta alcanzar la universalidad, supone reformas legales que contemplen un marco jurídico único para el sector de agua potable y saneamiento, incluyendo un ente rector único.

Se debe crear un sistema de financiamiento proveniente de fondos genuinos del tesoro para el sector de agua potable y saneamiento, asegurando la sostenibilidad política, social y financiera con base en principios de equidad y solidaridad. Este debe basarse en el aporte fiscal dentro del presupuesto, porque actualmente existe una dependencia casi exclusiva de las donaciones y préstamos internacionales. Dicho sistema debe posibilitar la ampliación, optimización y rehabilitación de la infraestructura física, así como el mejoramiento de la eficiencia y calidad de los servicios de agua y saneamiento, mediante la modernización e innovación del sector. Una fuente financiera fundamental deben ser los royalties destinados a los departamentos y municipios, a fin de utilizarlos para el sector de agua potable y saneamiento básico, siguiendo los lineamientos generales de política del ente rector.

La planificación nacional es fundamental para lograr una cobertura progresiva y ordenada, definiendo los lineamientos técnicos que deben seguir los entes ejecutores. Por otra parte, es necesaria la vigilancia epidemiológica y el control de la calidad del agua para consumo, la cual debe ser protegida de la contaminación agrícola, industrial y minera. En ese sentido, se deben realizar los monitoreos estandarizados a todos los proveedores de agua.

Es preteritorio crear un mecanismo permanente de registro y de actualización de datos de cobertura de agua potable y alcantarillado sanitario, a nivel nacional, de base georreferenciada, que se configure en un Sistema de Información del Sector (SIS). Esto permitirá ordenar el sistema de asignación de recursos creando una ventanilla única de recepción y evaluación de solicitudes de financiamiento del sector (ver Gráfico N° 7).

A su vez, se deben definir indicadores apropiados y factibles para medir la efectividad de las políticas, planes y programas del sector y su impacto en el proceso de mejoramiento de la calidad de vida y del propio desarrollo social. El principal desafío es romper con la inequidad existente entre departamentos, área rural y urbana; y sobre todo entre la población general y los pueblos indígenas. Paralelamente deben protegerse los cursos hídricos como fuentes de agua, aplicando las leyes pertinentes, sancionando la deforestación y la contaminación hídrica.

Para garantizar el acceso al agua a los pueblos indígenas es necesario adoptar medidas para asegurar su derecho a las tierras ancestrales, reforzar su sistema tradicional de aprovechamiento del agua y proteger sus recursos naturales.

En síntesis, un abastecimiento de agua potable universal y un adecuado servicio de alcantarillado sanitario tienen una valoración estratégica y social, porque son motores del desarrollo en cuanto permiten lograr: la preservación de la salud; el mejoramiento de la calidad de vida; la protección del ambiente; la reducción de la inequidad; y por último la reducción de la pobreza.

Referencias bibliográficas

- DGEEC. (2012). Censo de Pueblos Indígenas.
- DGEEC. (2006-2015). Encuesta permanente de hogares (EPH). Paraguay.
- DGEEC. (2008). Encuesta integrada de hogares (EIH). Paraguay.
- ESSAP. (2012). Actualización del Plan Maestro de Alcantarillado Sanitario y Tratamiento de Aguas Residuales de Asunción y Área Metropolitana (APM) – EASEGA. Informe Final Preliminar. Resumen Ejecutivo, Julio. Paraguay.
- Gabinete Social. (2015). Segundo Informe de Gobierno. Setiembre. Paraguay. Ley Orgánica Municipal - N° 3966/2010.
- MOPC, OMS, OPS. (2010). Actualización del Análisis Sectorial. Agua Potable y Saneamiento de Paraguay. Asunción. Recuperado de: <http://www.paho.org/par>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Guías para la calidad del agua potable.
- Secretaria Del Medio Ambiente Seam. (2013). Informaciones sobre las actividades humanas que condicionan la calidad de agua del río Paraguay, lago Ypacaraí y otros afluentes. Paraguay.
- NNUU, OMS. (2011). El derecho al agua Folleto informativo No 35, Ginebra.
- Observatorio latinoamericano de Salud. (2005). Informe Alternativo sobre Salud en América Latina. Ecuador.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Planificación de la seguridad del saneamiento: manual para el uso y la disposición seguros de aguas residuales, aguas grises y excretas.
- Ramírez, A. (2014). *El derecho al agua como derecho humano*. Ponencia realizada el 22 de marzo de 2014 en el simposio organizado en el marco de actos locales alusivos a la celebración del “Día Mundial del Agua”.
- OMS. (2015). Agua, saneamiento e higiene para acelerar y sostener el progreso respecto de las enfermedades tropicales desatendidas. Una Estrategia Mundial 2015–2020. Washington.
- STP-DGEEC. (2015). Principales Resultados por Departamentos EPH.

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y los impuestos al consumo dañino

Carmen Gómez
Cristina Guillén

INDICADORES | SALUD | POBREZA | UNIDA
DES | DE | SALUD | DE | LA | FAMILIA | EVALUA
CIÓN | PARAGUAY | AGUA | SANEAMIENTO
DERECHOS | HUMANOS | ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES
DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO
IMPUESTOS | DIRECTOS | E | INDIRECTOS
EQUIDAD | EDUCATIVA | SISTEMA | EDUCA
TIVO | DESIGUALDADES | SOCIALES | INVER
EN EDUCACIÓN | GASTO PÚBLICO EN
CACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

Los datos epidemiológicos a nivel mundial y regional muestran un franco aumento en la incidencia y prevalencia de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Paraguay no escapa a esta tendencia, dado que desde hace varios años dichas enfermedades ocupan las primeras causas de morbilidad. Esto afecta la calidad de vida y la autonomía de las personas, a más de sobrecargar el sistema de salud. La manera eficaz de disminuir su incidencia es actuando sobre la determinación social de la salud, esto es el modelo político económico y social que produce un crecimiento sin desarrollo social e inequitativo. Al mismo tiempo, actuar sobre los factores de riesgos, como la obesidad, el tabaquismo y el alcoholismo. Desde un enfoque de Políticas Públicas de Protección, el Estado debe adoptar medidas relativas a promover la soberanía y la seguridad alimentaria, garantizando el derecho a una alimentación saludable, que implica regular la comercialización de bebidas azucaradas y alimentos hiperprocesados, del tabaco y el alcohol, y aplicar un aumento del impuesto que desaliente el consumo de estos productos y genere paralelamente mayores ingresos fiscales, destinándolos a la salud pública.

Palabras clave: Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), factores de riesgos, costos atribuibles.

Introducción

Este estudio aborda el tema de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC) y los cánceres, así como la obesidad, el alcoholismo y el tabaquismo, considerados factores de riesgos o que causan el deterioro de la calidad de vida de las personas y del aumento de la morbimortalidad por dichos eventos.

Utilizamos el enfoque de los derechos humanos, de modo a identificar su cumplimiento efectivo en el campo de la salud. Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y a los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana. Son inherentes a la persona y están fundados en el respeto a la dignidad y el valor de cada ser humano. Al Estado compete respetarlos, protegerlos y hacerlos cumplir.

Como fuente de datos se utilizan los Indicadores Básicos de Salud y de Mortalidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) 2006-2015, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgos 2011, realizada por el MSPBS; y datos del presupuesto destinado a las ECNT a través del sistema BOOST del Ministerio de Hacienda (MH).

Es también de nuestro interés dimensionar el impacto en el Sistema de Salud, de los costos atribuibles a los factores de riesgos y a las ECNT.

El estudio se divide en tres partes. En la primera, se presenta el marco normativo internacional y nacional con artículos referidos a la protección de la salud y la calidad de vida de las personas. En la segunda parte, se caracterizan las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). En la tercera parte, se estudia la situación de las ECNT en Paraguay, los principales factores de riesgos (obesidad, alcoholismo y tabaquismo) y los costos para el sistema de salud. Finalmente, se presentan conclusiones y recomendaciones para enfrentar el daño causado a la calidad de vida de las personas, de la comunidad y del país, por las ECNT.

1. Marco normativo

El objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), propone “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” y entre sus metas se encuentran (Organización de las Naciones Unidas – ONU, 2015):

3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

3. a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.

Uno de los primeros instrumentos legales internacionales referidos a la alimentación y nutrición, es el art. 25° de la Declaración Universal de Derechos Humanos, que afirma:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (ONU, 1948).

A su vez, la Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición, plantea el derecho a no pasar hambre ni malnutrición, de manera a que se desarrollen las capacidades físicas y mentales de las personas (ONU, 1974).

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), insta a los países a recurrir a la cooperación externa ante situaciones de hambre, para llevar adelante tanto programas concretos de mejora de la producción, conservación y distribución de alimentos; como la reforma agraria eficaz, a la luz del avance científico-tecnológico actual. Por último, propone que se garantice la distribución equitativa de los alimentos en relación con las necesidades de las personas.

Por su parte, el artículo 12° del Protocolo de San Salvador, se refiere al derecho a la alimentación, entendido como el acceso a una nutrición adecuada que favorezca el desarrollo integral humano. E insta a los países a hacer uso del apoyo

externo para efectivizar políticas y programas de producción y distribución de alimentos (Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1988).

En la normativa para proteger la salud y la calidad de vida de las personas, está el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT). Es un tratado basado en pruebas científicas que reafirma el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que pueda lograrse. Sus principales disposiciones se refieren a la reducción de la demanda (art. 6° a 14°):

- *medidas relacionadas con los precios e impuestos* para reducir la demanda de tabaco: aplicar a los productos de tabaco políticas tributarias y, políticas de precios para contribuir al logro de los objetivos de salud tendientes a reducir el consumo de tabaco, prohibir o restringir, la venta y/o la importación de productos de tabaco libres de impuestos y libres de derechos de aduana por los viajeros internacionales, aplicar los impuestos selectivos al consumo por ser el medio principal para aumentar el precio de los productos de tabaco con respecto a los precios de otros bienes y servicios.
- *medidas no relacionadas con los precios para reducir la demanda de tabaco*: protección contra la exposición al humo de tabaco; reglamentación del contenido de los productos de tabaco; reglamentación de la divulgación de información sobre los productos de tabaco; empaquetado y etiquetado de los productos de tabaco; educación, comunicación, formación y concientización del público; publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y medidas de reducción de la demanda relativas a la dependencia y al abandono del tabaco.

Según la Constitución Nacional de 1992, Paraguay es un Estado Social de Derecho. Su artículo 6° expresa 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 Estado también fomentará la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de los habitantes.

En similar perspectiva, el artículo 7° sostiene que toda persona tiene derecho a habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado. Constituyen objetivos prioritarios de interés social, la preservación, conservación, recomposición y el mejoramiento del ambiente, así como su conciliación con el desarrollo humano integral. Estos propósitos orientarán la legislación y la política gubernamental pertinente.

El artículo 68° plantea 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.

Finalmente, el Artículo 72° obliga al Estado a velar por el control de la calidad de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización. Y a facilitar el acceso de personas de escasos recursos a los medicamentos considerados esenciales.

Como parte del derecho a la calidad de vida, y por ende a la salud, está el derecho a la alimentación. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) consagra la Seguridad Alimentaria como la capacidad de las personas de tener “acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos a fin de llevar una vida activa y sana” (FAO, 1996).

“Esta concepción de Seguridad Alimentaria no implica necesariamente [...] el derecho de las personas a decidir lo que quieren consumir, ni desarrolla mecanismos para proteger al país de las importaciones agrícolas y alimentarias [...]” (entre ellas de alimentos transgénicos), ni promueve “la participación de los pueblos en la definición de la política agraria, ni reconoce los derechos de los campesinos que desempeñan un papel esencial en la producción agrícola y en la alimentación” (Centro de Investigación sobre Inversión y Comercio – CEICOM, 2010, p. 34).

Se parte de la base que el modelo económico, político y social actual –que fomenta la concentración de riqueza en una mínima parte de la población, generando pobreza, desigualdad e inequidad crecientes, y excluyendo del acceso a bienes y servicios esenciales a la mayoría de la población– es una causal estructural desfavorable a la promoción de la vida y la salud.

En este contexto surgen dos perfiles epidemiológicos de salud-enfermedad contrastantes y complejos, como fenómenos externos o visibles de la pobreza, inequidad, exclusión y deterioro ambiental que dicha estructura genera y que se constituyen en vulneraciones del derecho a la salud.

Por un lado, emergen enfermedades crónicas degenerativas (cardíacas, cánceres, enfermedades laborales y mentales), características de los países desarrollados y urbanizados con patrones consumistas, de contaminación ambiental y de esti-

los de vida desfavorables. Por otro lado, persisten y reaparecen las enfermedades transmisibles y parásito nutricionales, en su mayoría prevenibles y curables con medicamentos de bajo costo. Entre ellas están las tradicionales y las re-emergentes como malaria, tuberculosis, dengue, fiebre amarilla; las persistentes como mal de Chagas, parasitosis intestinal y de piel, leishmaniosis; las emergentes como el VIH y sida; y otras por cambio en sus características como la influenza aviar (Fernández, Martínez, Carrasco y Palma, 2017).

Según López y López (2015), “La alimentación y la nutrición constituyen un proceso único, denominado proceso de alimentación-nutrición, determinado social e históricamente y con expresiones concretas en la escala biológica e individual” (p.112). En sociedades capitalistas regidas por las leyes del mercado, las crisis económicas constituyen limitaciones para elegir libremente los alimentos y tener una dieta diversa, sana y culturalmente aceptable. Solamente cuando se accede a una dieta adecuada en términos de calidad y cantidad, y cuando los alimentos están disponibles en todo momento y para todas las personas, se accede a un estado nutricional y de salud adecuados. Desde esta perspectiva, la alimentación-nutrición es un proceso de doble vía, siendo al mismo tiempo expresión y determinante de la salud-enfermedad.

El derecho a la alimentación incluye el derecho a no padecer hambre y debiera contemplar también el derecho a no padecer sobrepeso u obesidad, ya que paradójicamente en las actuales sociedades de mercado los sujetos se encuentran sobrepuestos a dinámicas y ambientes obesogénicos, pero también a todo un aparato oficial y publicitario de naturaleza eminentemente obesofóbica. (López y López, 2015, p.114)

2. Caracterización de las ECNT

Según la OMS las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son afecciones de larga duración, de progresión generalmente lenta. Abarca cuatro tipos, las cardiovasculares (infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (broncopatía obstructiva crónica o el asma), y la diabetes.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), en América, “las ECNT son causa de tres de cada cuatro defunciones, y un tercio (34%) de las muertes debidas a ellas, son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a

69 años” (p. 4). Los países con población mayoritaria de ingresos bajos y medios, enfrentan una carga de ECNT que refleja las inequidades socioeconómicas. Casi 30% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares se producen en el quintil más pobre de la población del continente, tasa que cae al 13% en el quintil más rico (OPS, 2014).

En México,

un análisis sobre la carga de enfermedad, a partir de datos de 2004 mostró que 75% de todas las muertes ocurridas en el país estuvo causado por ECNT. [...] las primeras causas fueron diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular. Los principales factores de riesgo fueron el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones elevadas de glucosa en sangre, y el consumo de alcohol y el tabaquismo. (OPS, 2015 p. 34)

En Paraguay, la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras ECNT, relacionadas con la nutrición, son ahora los principales problemas de salud. Es,

un fenómeno epidemiológico conocido como la “doble carga de enfermedad”, una transición epidemiológica que se caracteriza por la aparición y aumento de las ECNT y una serie de factores de riesgo compartidos, mientras aún persisten las enfermedades transmisibles como un problema de salud pública (MSPBS, 2014, p. 11).

Las ECNT se encuentran entre las 5 primeras causas de muerte: la diabetes fue aumentando su porcentaje de mortalidad, de 6,5% (2006) al 8,3% (2015). Su Tasa de Mortalidad (TM) por 100.000 habitantes, pasó de 26,2 (2008) a 34,5 (2015). Del mismo modo, la TM por hipertensión arterial pasó de 10,9 por 100.000 habitantes (2008) a 17,6 (2015). Los Indicadores Básicos de Salud del MSPBS (2006-2015) también muestran que la TM por enfermedades isquémicas del corazón se elevó en el mismo lapso de 31,5 a 36,9 por 100.000 habitantes.

Un factor de riesgo (FR) para las ECNT es la obesidad, enfermedad multifactorial caracterizada por el aumento en los depósitos de grasa corporal.

Existen causas subyacentes como la alta disponibilidad y accesibilidad a alimentos con elevada densidad energética y bebidas azucaradas; el bajo consumo de agua, frutas, verduras, cereales de grano entero y leguminosas; el mercadeo masivo de alimentos procesados; los bajos precios relativos por caloría, tanto de alimentos procesados con alta densidad energética como de bebidas con azúcar adicionada, y la falta de orientación nutricional. Estas causas se unen a la pérdida de la cultura alimentaria y a un medio ambiente sedentario (OPS, 2015, p. 33).

La obesidad es una epidemia global en crecimiento, y un factor de riesgo para desarrollar diabetes, enfermedades del corazón y ciertos tipos de cánceres. A nivel mundial, la obesidad se duplicó desde 1980; en 2014, 39% de los adultos tenían sobrepeso y 13% obesidad. Se estima que el sobrepeso y la obesidad causaron 3.4 millones de enfermedades prevenibles en el mundo, en 2010 (daños cardiovasculares). Casi dos tercios de la población mundial con obesidad viven en países en desarrollo y estas cifras tienden a aumentar. América tiene una de las tasas más altas de obesidad en el mundo (OPS, 2015, p. 6).

La obesidad en las mujeres,

adquiere unas connotaciones ligeramente diferentes debidas, además de la mayor prevalencia, a que el bajo nivel socioeconómico es factor de riesgo sólo en la mujer. Además de ser factor de riesgo cardiovascular en la mujer, se asocia a un aumento del riesgo de cáncer de mama y de endometrio y a poliquistosis ovárica e infertilidad. En las mujeres, el control de peso tiene una fuerte motivación estética y presenta importantes componentes emocionales en relación con la comida. Por otra parte, la mujer es mayor consumidora de fármacos (anticonceptivos, analgésicos, antimigrañosos, ansiolíticos, antidepresivos), que parecen favorecer la obesidad. Queda por aclarar el papel que tienen en la patogénesis de la obesidad los cambios hormonales cíclicos, el embarazo, la ingesta de anticonceptivos orales y la menopausia. El efecto del tratamiento hormonal sustitutivo como causa de la ganancia de peso es dudoso (Riobó, Fernández, Kozarcewski y Fernández, 2003, p.233).

El sobrepeso y la obesidad impactan negativamente en la productividad económica, el desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, generando una fuerte carga en los sistemas de salud pública, que incrementan los costos de salud. La obesidad y el sobrepeso tienen relación directa con el nivel educativo, la renta y el empleo; y afectan significativamente más a mujeres que a hombres (Ortún, López-Valcárcel y Pinilla, 2016):

Según la Encuesta Europea de Salud de España 2014, solo el 5,3% de las mujeres con estudios universitarios son obesas, mientras que el 30% de las que no han completado la primaria lo son. En la actualidad, la obesidad es a la vez causa y efecto de desigualdades socioeconómicas de forma que las políticas contra la obesidad son, en último término, políticas tanto de salud como de equidad (p. 8).

La diabetes es un trastorno del metabolismo de hidratos de carbono, por el cual el organismo no puede utilizar en forma adecuada la glucosa y otras sustancias nutritivas contenidas en los alimentos. Normalmente la glucosa que se ingiere a través de los alimentos, llega a la sangre y estimula la liberación de insulina por el páncreas, la insulina contribuye a que las células del cuerpo absorban la glucosa y

la usen como energía o que la almacenen para utilizarla posteriormente. La diabetes altera este mecanismo, debido a una disminución parcial o total de la insulina, en otros casos a una insulina resistencia (Programa Nacional de Diabetes, p. 3).

Existe evidencia científica suficiente que muestra la relación entre el consumo de bebidas azucaradas (gaseosas, concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores), el sobrepeso y la obesidad.

Los azúcares [...] no solo afectan a la salud a través del sobrepeso y la obesidad, sino que la perjudican por un mecanismo de acción directo. Los daños de las Bebidas Azucaradas (BA) se deben a los efectos biológicos potentes y casi irresistibles por diversas vías, que incluyen recompensas cerebrales, respuesta glucosa-insulina, la lipogénesis hepática de novo y la función de los adipocitos (Ortún et al., 2016, p. 4).

Presentan riesgo para la salud pública al contener una alta dosis de calorías provenientes de azúcares añadidos, ofrecer poca o nula nutrición, estar altamente disponibles y ser relativamente baratas. Por su parte, existe una fuerte asociación entre el consumo de bebidas azucaradas y la disfunción metabólica, obesidad, diabetes, enfermedades del corazón y caries dental.

El aumento en su consumo provoca un “incremento de casos de diabetes y obesidad temprana en niños y jóvenes” (OPS, 2015, p. 93). “Una subida rápida en la cantidad de triglicéridos que circulan en el torrente sanguíneo, junto a una reducción del colesterol HDL, lleva a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Otra razón para centrar la imposición en las bebidas azucaradas” (Ortún et al., 2016, p. 8).

Otros factores de riesgo son el tabaquismo y el alcoholismo. Las consecuencias del consumo de tabaco y de la exposición al humo, según la OPS (2016), se expresan en la muerte de una persona cada seis segundos, a más de ser un factor de riesgo para 6 de las 8 causas principales de muerte en el mundo entero; así como para las 4 enfermedades no transmisibles más prevalentes: las cardiovasculares, los cánceres, las respiratorias crónicas y la diabetes. El daño producido por el tabaco sobre la población no se limita a los que fuman, también afecta a su entorno, el de los fumadores pasivos.

El alcohol afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo. Su consumo afecta al consumidor mismo y a quienes lo rodean, al estar relacionado a la violencia familiar e interpersonal y accidentes fatales de tránsito. Está además “asociado con comportamiento de alto riesgo, como sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas” (OPS, 2007, p. 3).

Las investigaciones de Jacobson y Jacobson (2002); Borges, Cherpitel y Mittleman (2004); y Cherpitel, Ye y Bond (2005), demostraron que el consumo de alcohol y [sus] patrones de ingesta en las Américas [alcanzaron] niveles perjudiciales, supera[ndo] las medias globales para muchos problemas relacionados con el alcohol (OPS, 2007). Su consumo genera “una fuerte carga económica social, porque el alcohol interactúa con la pobreza, agravando la problemática de poblaciones vulnerables como las indígenas, migrantes, niños [en situación] de calle, embarazadas, entre otros, que sufren desproporcionadamente [sus] repercusiones negativas” (MSPBS, 2011, p.9).

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas está relacionado con más de 60 condiciones de salud, que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo, que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. Estos problemas traspasan la barrera de la salud pública y se convierten en un problema social (MSPBS, 2011, p.11).

La creciente incidencia de los Factores de Riesgos, como de las ECNT, causa un impacto que, según cálculos macroeconómicos, en los próximos 20 años generará “pérdidas acumulativas [a la producción mundial] de US\$ 46 billones, debido a enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cánceres, diabetes y trastornos de salud mental” (OPS, 2014, p.4).

3. Situación de las ECNT en Paraguay

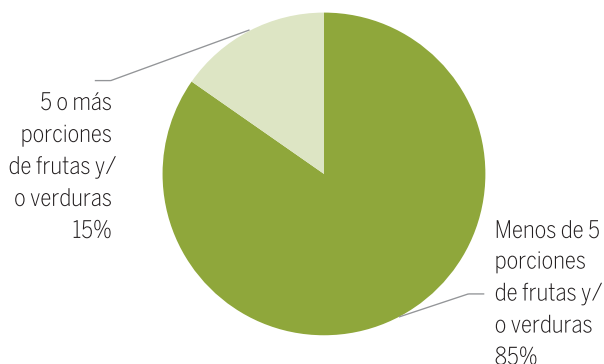
En Paraguay, según datos de la Primera Encuesta de Factores de Riesgo (ENFR) del 2011, el sobrepeso está presente en el 34,8% de la población y la obesidad en el 23,2%, totalizando así el 58% de la población adulta. Analizando por género, el sobrepeso en hombres es ligeramente mayor al de las mujeres (35,3% y 34,4%, respectivamente). Pero en el caso de la obesidad, las mujeres (26,6%) superan a los hombres (19,9%) en 6,7 puntos porcentuales. En cuanto a la circunferencia de cintura, el 49,2% de las mujeres presenta riesgo alto y el 18,6% riesgo moderado. Las cifras son mucho menores en el caso de los varones, el 17,3% presentan alto riesgo y 17,4% riesgo moderado (MSPBS, 2012).

Son preocupantes las cifras crecientes de obesidad en niños y jóvenes. Según el MSPBS, el 30% de escolares y una parte de la franja adolescente presentan sobrepeso y obesidad (Paraguay.com., 26 de agosto de 2015).

Según la ENFR 2011, el promedio de días de consumo de frutas en una semana típica es de 4,4 días en la población general, valor ligeramente más alto en las mujeres (4,6), que en los hombres (4,3). Esta media es menor en el grupo etario de 15-24 años. El promedio de consumo de verduras en una semana es de 2,6 días, valor ligeramente más alto en mujeres (2,7) que en hombres (2,5). El porcentaje de población que consume menos de cinco porciones de frutas y/o verduras por día fue de 84,7%.

Gráfico N° 1

Porcentaje de la población por consumo diario de frutas y/o verduras



Fuente: Elaboración propia con datos de ENFR 2011.

El 22,3% de la población consume comidas rápidas 3-4 días a la semana. Respecto al consumo de carnes, es mucho más elevada para carne vacuna (4,9 días), y mínima para el pescado, con 0.6 días a la semana (ENFR 2011).

Las cifras de muertes atribuibles a Sobrepeso u Obesidad (SO), del 2010 al 2014, varían en hombres y mujeres. Del total de muertes de mujeres del 2010 al 2014, 58.297 casos, unos 15.518 se debían a causas asociadas a SO y 7.852 eran atribuibles al SO, como ilustra el Cuadro N° 1.

Cuadro N° 1
Muertes atribuibles SO en mujeres, 2010-2014

Mujeres	Total 2010-2014	FAP	Muerte Atribuible
Diabetes			
Diabetes II (E11- E14)	5765	0,998 0,025/	5753 4E
Cáncer de Mama (C50)	1589	0,029	46
Colorrectal (C18-C21)	741	0,230	170
Endometrio (C54.1)	110	0,426	47
Esófago (C15)	105	0,068	7
Riñón (C64)	68	0,407	28
Ovarios (C56)	328	0,095	31
Páncreas (C25)	404	0,174	70
Cardiovascular			
Hipertensión (I10-I25.1)	2700	0,363	980
Enfermedad Coronaria (I25.0,I25.1)	9	0,445	
Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0)	582	0,212	123
Embolismo Pulmonar (I26)	110	0,487	54
Accidente Cerebro Vascular (I60-I69)	2655	0,130	346
Otros			
Asma (J45)	178	0,207	37
Vesícula Biliar (K80-K83)	0	0,320	0
Osteoartritis (M19)	28	0,333	9
Dolor de Espalda Crónico	0	0,395	0
Obesidad			
Obesidad (E65- E68)	146	1	146
TOTAL de Muertes observadas por causas asociadas a SO	15518		7852
Causas No Relacionadas con el Sobrepeso y Obesidad	42779		
TOTAL de MUERTES en MUJERES	58297		

Fuente: Sequera, G. (2016). MSPBS. Dirección de Vigilancia de ENT, 2010-2014

Cuadro N° 2
Muertes atribuibles SO en varones, 2010-2014

Hombres	Total 2010-2014	FAP	Muerte Atribuible
Diabetes			
Diabetes II (E11- E14)	4094	0,9962	4078
Cáncer			
Colorrectal (C18-C11)	702	0,2487	175
Esófago (C15)	446	0,0473	21
Riñón (C64)	168	0,2103	35
Páncreas (C25)	391	0,241	94
Próstata (C61)	1524	0,0209	32
Cardiovascular			
Hipertensión (I10-I15)	2591	0,1857	481
Enfermedad Coronaria (I25.0-I25.1)	19	0,1719	3
Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0)	608	0,1861	113
Embolismo Pulmonar (I26)	84	0,4391	37
Accidente Cerebro Vascular (I60-I69)	2572	0,1264	325
Otros			
Asma (J45)	131	0,1057	14
Vesícula Billar (O80-K83)	0	0,0735	0
Osteoartritis (N19)	9	0,5496	5
Dolor de Espalda Crónico		0,3466	0
Obesidad			
Obesidad (E65 - E68)	93	1	93
TOTAL de Muertes observadas por causas asociadas a SO	13432		5507
Causas No Relacionadas con el Sobrepeso y Obesidad	61306		
TOTAL de MUERTES en HOMBRES	74738		

Fuente: Sequera, G. (2016). MSPBS. Dirección de Vigilancia de ENT, 2010-2014

En el caso de hombres, se observa un total de 74.738 muertes, 13.432 tienen causas asociadas a SO y las atribuibles alcanzan la cifra de 5.507. En cuanto a las

muertes exclusivas por obesidad, en el periodo 2000-2014, las cifras pasan de menos de 10 a casi 50 en varones y a más de 70 en mujeres (Sequera, 2016).

Sequera (2016) concluyó que “el sobrepeso y la obesidad son responsables del 11,4% de las muertes que ocurren en mayores de 15 años”, según datos de la Dirección de Enfermedades No Transmisibles. Si bien se conocen los efectos de la obesidad, sus causas responden a una variedad de factores, por tanto la solución del problema es compleja e implica el diseño e implementación de políticas públicas.

3.1. Impacto del aumento de impuesto de las BA en la salud

En varios países ya se logró demostrar que el aumento del impuesto a las bebidas azucaradas (BA) no solamente incrementa los ingresos fiscales con los cuales se puede financiar más servicios, sino también disminuyen las enfermedades relacionadas con su consumo. “Modelos epidemiológico-económicos calculados para países en desarrollo como la India, permiten concluir que impuestos del orden del 20% sobre bebidas azucaradas reducen tanto la obesidad como la diabetes tipo 2” (Ortún et al., 2016, p.6). En México, en el 2014, un impuesto especial de aproximadamente un peso por litro de refresco, supuso un aumento del 10% en el precio de venta al público. Entre enero 2012 a diciembre 2014,

las compras de bebidas gravadas disminuyeron un promedio del 6% [en comparación con el año 2013] y lo hicieron a un ritmo creciente hasta alcanzar una caída del 12% en diciembre de 2014. Los tres grupos socioeconómicos (bajo, medio y alto) redujeron las compras de bebidas gravadas pero las reducciones fueron mayores entre los hogares de nivel socioeconómico bajo, con un promedio de disminución del 9% –promedio 2014– hasta el 17% en el último mes del año (Ortún et al, p.7).

El impacto alcanzado con la aplicación del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) a los refrescos y a las bebidas azucaradas en México, en el 2014, tuvo como consecuencia un aumento del 51% de la recaudación fiscal (OPS, 2015). “Según la evidencia existente, el impuesto debe ser de al menos 20% para maximizar su impacto en el sobrepeso y la obesidad, y las enfermedades cardiovasculares” (OPS, p.19).

Un impuesto de 20% por litro de refresco [...] ayudaría a disminuir el consumo de 163,3 L por persona al año, a 120,9 L [...] una reducción de 26% y recaudaría cerca de US\$ 1687,2 millones, que permitirían al gobierno introducir bebederos de agua potable en escuelas y espacios públicos, además de la implementación

de otros programas en contra de la obesidad y el sobrepeso; también se ayudaría a reducir en 12% la prevalencia de diabetes y a disminuir en 26% los costos de nuevos casos de esta enfermedad en los próximos 10 años. Consecuentemente, se reduciría el costo de la atención médica de enfermedades relacionadas con la obesidad (OPS, 2015 p.33).

3.2. Diabetes Mellitus

Según la ENFR 2011, el 58,3% de la población tuvo alguna vez una medición de la glucemia. Esta proporción es más alta en mujeres (67,4%), que en hombres (49,4%). Dentro de la población que alguna vez se midió la glucemia, el 9,7% fue diagnosticada de diabetes (11,1% mujeres y 7,9% hombres); y “del total de población diagnosticada de diabetes, un 54.8% recibe tratamiento con insulina o anti-diabéticos orales” (MSPBS, 2012, p.66).

La tasa de mortalidad de la diabetes, según Indicadores Básicos de Salud (IBS), tuvo un aumento sostenido llegando a 34,5 en el 2015, 8 puntos porcentuales más que en el 2008, cuando era de 26.2.

Cuadro N° 3
Tasa de Mortalidad por Diabetes Mellitus por 100.000 hab. 2008-2015

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
26.2	24.7	27.8	26.7	28.4	32.7	32.3	34.5

Fuente: elaboración propia con base en la IBS-MSPBS 2008 al 2015, datos por 100.000 habitantes.

En cuanto al presupuesto del Programa de lucha contra la diabetes, éste subió de 5.062 millones (2006) a 6.485 millones al año siguiente. Desde el 2008 sufrió un descenso sostenido, cayendo en el 2015 a 1.692 millones. Paralelamente, la ejecución más alta del presupuesto asignado se dio en los años 2006 y 2011 (82% y 81% respectivamente), y la más baja en el 2015 (34%).

La Dirección General de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud fue creada por Resolución S.G. N° 181 (14/10/2008), encargándose a partir del 2009 de la compra de medicamentos del Programa.

Cuadro N° 4 Presupuesto del Programa Nacional de Lucha Contra la Diabetes

Año	2006	2007	2008	2009	2010
P. Vigente	5,062,354,036	6,484,968,445	3,444,153,834	2,214,916,597	1,370,844,673
P. Ejecutado	4,152,366,001	4,458,025,038	2,601,631,596	1,349,737,439	1,020,761,576
%	82%	69%	76%	61%	74%
Año	2011	2012	2013	2014	2015
P. Vigente	1,456,151,661	2,013,214,232	1,966,077,046	1,733,886,943	1,691,771,882
P. Ejecutado	1,182,435,260	1,217,342,072	1,075,055,972	905,653,890	580,590,927
%	81%	60%	55%	52%	34%

Fuente: BOOST – Ministerio de Hacienda.

3.3. Hipertensión arterial

Del total de la población estudiada en la ENFR 2011, un 84.2% refirió algún control de su Presión Arterial (PA) por un profesional de la salud, cifra mayor (93,1%) en mujeres que en hombres (75,4%) (MSPBS, 2012).

De la población que refirió control de PA en los últimos 12 meses, un 32,3% (1.134.771 personas) fue diagnosticada con hipertensión arterial. Esta proporción es más elevada en mujeres (38,0%) que en hombres (25,3%). Entre los hipertensos diagnosticados, el 49,7% señala que recibía medicación prescrita (MSPBS, 2012).

El presupuesto vigente para Prevención Cardiovascular fue en la década estudiada muy variable; entre el 2006 y el 2008 aumentó de Gs 2.800 a 3.600 millones, bajó luego entre 2009 y 2010, alcanzando el menor monto de 2.300 millones ese último año. Vuelve a subir después, con el máximo valor de la década en el 2013, con Gs 5.300 millones, y a caer en el 2014 y 2015, a Gs 4.400 millones. La menor ejecución presupuestaria se dio en el 2013 (52%) y en el 2015 (56%). Curiosamente, la del 2015 fue de Gs 2.480 millones, monto casi similar al ejecutado en el 2006, de 2.630 millones. Es decir, una década después se utilizó el mismo monto para prevenir una ECV, que tuvo en ese lapso constante aumento de incidencia.

En síntesis, entre el 2006 y el 2015 el presupuesto se incrementó en un 63%; los mayores aumentos se dieron entre el 2012 y el 2013, alcanzando el más alto valor este último año. En el 2006 se tuvo la más alta tasa de ejecución presupuestaria

(96%), que en el 2011 fue de 84%. En el 2013 esta tasa cayó al 52% (el más bajo de la serie), en 2014 aumentó al 82% y tuvo un descenso en el 2015, con 56%.

Cuadro N° 5
Presupuesto 2006-2015 Programa Nacional de Prevención Cardiovascular

Año	2006	2007	2008	2009	2010
Presupuesto vigente	2,802,699,857	3,375,408,115	3,674,914,579	3,320,996,953	2,320,400,810
Presupuesto ejecutado	2,629,491,677	2,793,003,236	3,313,563,534	2,856,628,053	1,593,764,774
%	96%	83%	90%	86%	69%
Año	2011	2012	2013	2014	2015
Presupuesto vigente	4,149,708,514	5,084,707,419	5,294,356,883	4,425,955,470	4,452,982,879
Presupuesto ejecutado	3,493,559,568	3,103,494,595	2,754,711,577	3,626,227,599	2,480,254,002
%	84%	61%	52%	82%	56%

Fuente: BOOST – Ministerio de Hacienda.

3.4. Tabaco

El 34,3% de la población (1.444.517 personas) alguna vez fumó, y la cantidad de hombres casi triplica la de las mujeres. El porcentaje de la población fumadora en el año 2011 fue de 14,5%, siendo los varones el 22,8% y las mujeres 6,1%. El estimado de fumadores a diario fue de 10,9%. Respecto a la edad de inicio de los fumadores diarios, el promedio nacional fue de 19,8 años. En cuanto a los productos de tabaco que fuman, son mayoritariamente cigarrillos, seguidos de cigarros y tabaco de enrollar. La media de cigarrillos consumidos por día es más elevada en el grupo de 35-44 años, con 12,8 cigarrillos/día, seguido del grupo 55-64 con 12,0 cigarrillos por día (ENFR 2011).

En cuanto al nivel de tabaquismo, la mayor proporción de la población es de no fumadores actuales, con 93,9%. Entre los fumadores, la mayor proporción son fumadores diarios (10%). Con relación al nivel de exposición al humo de tabaco en las casas (fumadores pasivos), la media fue de 4.9 días, más elevado en mujeres

(media 5.8 días) que en hombres (media 4.0 días). La prevalencia de consumo de tabaco en jóvenes, según la encuesta mundial realizada en el 2014, en jóvenes de 13-15 años, fue de 7% (7,4% en hombres y 6,6% en mujeres) (Cuadro N°6).

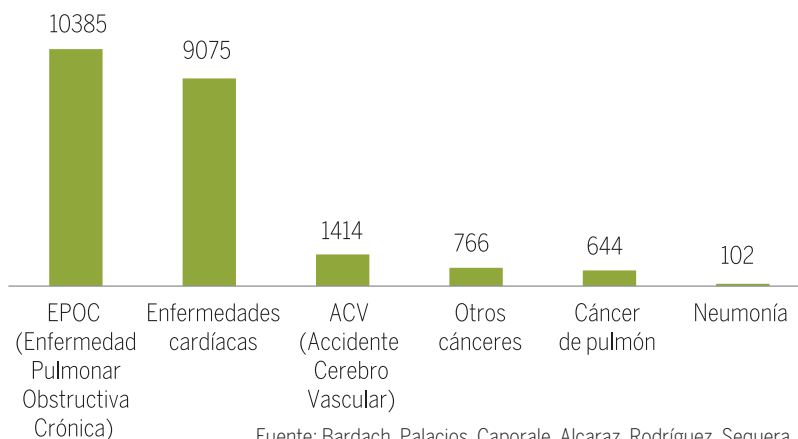
Cuadro N° 6
Prevalencia de consumo de tabaco

Jóvenes			
Grupo de población	Consumo actual de tabaco (con y sin humo) (%)	Consumo actual de cigarrillos (%)	Consumo actual de tabaco sin humo (%)
Hombres	7,4	3,9	2,3
Mujeres	6,6	3,8	1,4
Total	7,0	3,9	1,9

Fuente: Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes, 2014 (13-15 años)

Una importante cantidad de personas enferma por motivos atribuibles al tabaco, entre ellas sobresalen las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) y las enfermedades cardíacas, como ilustra el Gráfico N° 2.

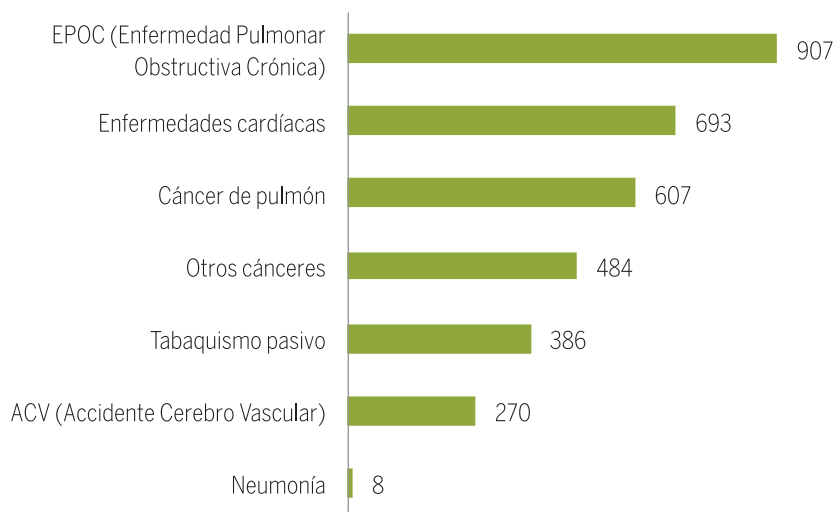
Gráfico N° 2
Personas que enferman por motivos atribuibles al tabaco



Fuente: Bardach, Palacios, Caporale, Alcaraz, Rodríguez, Sequera, Cañete, Augustovski y Pichon-Riviere, (2016).

El tabaquismo también ocasiona una importante cantidad de muertes. El mayor peso está dado por las EPOC, las enfermedades cardíacas y el cáncer de pulmón, como ilustra el Gráfico N°3.

Gráfico N° 3
Muertes anuales por enfermedades atribuibles al tabaco



Fuente: Bardach et al. (2016).

El Programa Nacional de Control del Tabaquismo tuvo presupuesto propio hasta el 2009. Desde el 2010 es una sección del Programa de Enfermedades no Transmisibles (PENT), junto con los Programas de Actividad Física, Prevención de Obesidad, del alcoholismo, de accidentes y lesiones por causas externas, etc. El presupuesto destinado al Programa de lucha contra el tabaco fue ínfimo entre el 2006 al 2009, y a partir del 2010, ya incluido dentro del de PENT, carece de desglose. Globalmente, el presupuesto 2015 destinado a todas las ECNT fue de apenas Gs. 1.369 millones, y se ejecutó el 50%. Los Gs. 689 millones ejecutados resultan un monto ínfimo para prevenir un conjunto de enfermedades que en todo el mundo y en nuestro país se encuentran en alza.

Cuadro N° 7 Presupuesto PNCT y PENT

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL TABAQUISMO (PNCT)				
Año	2006	2007	2008	2009
P. Vigente	213,160,357	243,841,954	410,535,454	280,036,080
P. Ejecutado	129,440,637	157,449,305	264,584,865	203,541,018
%	61%	65%	64%	73%

PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (PENT)						
Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015
P. Vigente	681,671,000	712,009,203	1,732,683,908	1,829,697,648	1,571,019,865	1,369,147,669
P. Ejecutado	151,970,974	501,947,343	537,858,186	490,366,711	716,569,202	688,803,977
%	22%	70%	31%	27%	46%	50%

Fuente: BOOST – Ministerio de Hacienda.

Como ilustra el Cuadro N° 8, en 6 años el impuesto al cigarrillo se mantuvo casi sin variación entre el 2008 y el 2014, y el incremento de precio de la marca más vendida fue ínfimo:

Cuadro N° 8 Impuesto y precio de cigarrillos

Evolución de los impuestos y precios	2008	2014
Impuesto (% del precio final de la marca más vendida)	15,52	16,00
Precio de la marca más vendida (en dólares)	0,40	0,54

Fuente: OPS (2016)

El precio de la marca más vendida (paquete de 20 cigarrillos) fue de Gs. 1.500, o de USD 0.54; el porcentaje de impuesto sobre el precio final de la marca más vendida fue 16 (impuesto al consumo ad valorem 6,91 más impuesto al valor agregado

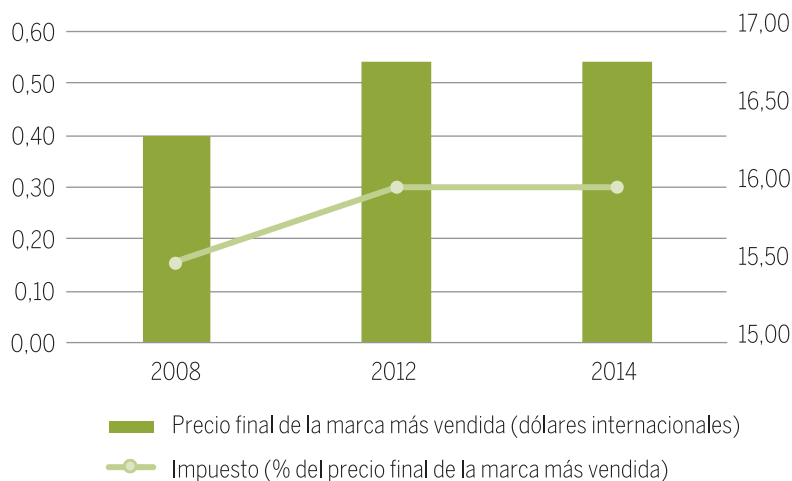
IVA 9,09). Los impuestos al consumo específico, de derecho a la importación, u otros impuestos fueron inexistentes.

Cuadro N° 9
Impuestos indirectos al tabaco

Impuestos como porcentaje del precio final de la marca más vendida		
Impuestos selectivos al consumo	Impuesto específico	0,00%
	Impuesto ad valorem	6,91%
Impuesto al valor agregado/ventas (IVA)		9,09%
Derecho de Importación		0,00%
Otros impuestos		0,00%
Impuesto indirecto total		16,00%

Fuente: OPS (2016).

Gráfico N° 4
Evolución de impuestos sobre la marca más popular de cigarrillos



Fuente: OPS (2016).

Cuadro N° 10

Recaudación impositiva por venta de cigarrillo	PYG 318.945 millones anuales
Gastos directos provocados por el cigarrillo en el sistema de salud	PYG 1.568.718 millones anuales

Fuente: Bardach et al. (2016).

Las investigaciones del efecto del aumento en el impuesto sobre el tabaco, en varios países, indican que éstos pueden

Aumentar los ingresos públicos, mejorar la salud pública al frenar conductas poco saludables y proporcionar protección financiera al reducir los gastos médicos relacionados con la salud. Muchos PBI y PIM enfrentan una carga creciente de ENT, en parte determinada por el tabaquismo. En China, donde hay más de 300 millones de hombres fumadores, un estudio basado en un modelo encontró que un aumento de 50% en el precio daría como resultado 231 millones de años de vida ganados en los siguientes 50 años entre los hombres. El gobierno podría recaudar 703 mil millones de dólares de ingresos fiscales. El impuesto reduciría el gasto en enfermedades relacionadas con el tabaquismo en 24 mil millones de dólares, de los cuales cerca de un tercio se encontraría en el grupo más pobre (Yamey, Beyeler, Wadge, Jamison, 2017, p. 331).

3.5. Cáncer de Pulmón y tabaquismo

Aproximadamente un 84% de las muertes por cáncer de pulmón son atribuibles al tabaquismo. Los países con mayor incidencia de cáncer de pulmón tienen elevada prevalencia de tabaquismo, aunque existe un periodo de tiempo entre la elevación en las tendencias de consumo de tabaco y el incremento del cáncer de pulmón (GLOBOCAN, 2012, p. 3).

Según las proyecciones de GLOBOCAN (2012),

[...] en el año 2030 se presentarán más de 541.000 nuevos casos y aproximadamente 445.000 muertes por cáncer de pulmón en las Américas. Entre las mujeres latinoamericanas, el número de casos por cáncer de pulmón se duplicarán en 20 años. En hombres, se estima que el número de nuevos casos y de muertes por cáncer de pulmón se incrementará en un 60% en Norte América y en un 50% en América Latina y el Caribe (p. 1)

En nuestro país, del 2008 al 2015, aumentó la tasa de cáncer de pulmón de 6,2 a 7,8 por 100.000 habitantes. Los datos del 2008 al 2015, muestran un aumento en la tasa general.

Cuadro N° 11**Tasa de tumor maligno de bronquios y pulmones por 100.000 hab.**

Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tasa	6,2	7,0	7,4	7,0	6,9	7,4	6,8	7,8

Fuente: Indicadores Básicos de Salud (IBS) 2010-2016 – OPS-OMS MSPBS

3.6. Alcoholismo

El 84,1% de la población paraguaya ha consumido alguna bebida alcohólica durante su vida –55,1% hombres y 44,9% mujeres. Esta proporción es más elevada en hombres (91,6%) que en mujeres (76,5%). En cuanto al comportamiento de consumo, en los hombres el porcentaje tiende a aumentar con la edad, mientras que en las mujeres tiende a disminuir. El porcentaje nacional cae a 75,2%, al preguntar por el consumo de alcohol en los últimos 12 meses, porcentaje nuevamente más elevado en los hombres (84%). El grupo etario de mayor consumo es de 25-34 años (82,2%) con una brecha de alrededor de 20 puntos entre hombres (94,6%) y mujeres (74,8%) (ENFR 2011).

En lo que hace a frecuencia del consumo de alcohol en los últimos 12 meses, en los hombres es más frecuente el de 1-3 días al mes (40,7%), seguido del de 1,4 días a la semana (28,8%). En las mujeres es más frecuente el consumo de alcohol menos de una vez al mes (61,5%), seguido de 1-3 días al mes (29,0%).

En cuanto al consumo de alcohol no registrado en adultos, Paraguay consume 1,5 litros de alcohol puro per cápita (2012).

Como ilustran los cuadros N° 12 y 13, en el periodo 2010-2014 se registraron 6.557 muertes por causas agudas y crónicas, atribuibles al alcohol en ambos sexos, cifras mucho mayores entre hombres (5.335 muertes) que entre mujeres (1.230 muertes).

Cuadro N° 12**Muertes Atribuibles al Alcohol (crónicas) en ambos sexos**

Causas	MAS	FEM	Total Muertes	Factor Masculino	Factor Femenino	MAA MAS	MAA FEM	MAA Total
CRÓNICAS								
100% Atribuibles								
Psicosis alcohólica	4	3	7	1	1	4	3	7
Abuso de alcohol	6	3	9	1	1	6	3	9
Síndrome de Dependencia del alcohol	500	286	786	1	1	500	286	786
Polineuropatía alcohol	0	0	0	1	1	0	0	0
Degeneración del Sistema Nervioso debido a alcohol	0	0	0	1	1	0	0	0
Miopatía alcohólica	2	0	2	1	1	2	0	2
Cariomiopatía alcohólica	3	0	3	1	1	3	0	3
Gastritis alcohólica	0	0	0	1	1	0	0	0
Enfermedad hepática alcohólica	794	103	897	1	1	794	103	897
Síndrome de alcoholismo fetal	0	0	0	1	1	0	0	0
Feto y recién nacido afectados por el consumo materno de alcohol				1	1	0	0	
Pancreatitis crónica inducida por el alcohol	6	2	8	1	1	6	2	8
Estimación Directa e Indirecta de AAF								
Pancreatitis aguda	225	219	444	0,24	0,24	54	53	107
Pancreatitis crónica	3		3	0,84	0,84	3	0	3
Epilepsia	204	134	338	0,15	0,15	31	20	51
Varices esofágicas	45	16	61	0,40	0,4	18	6	24

Causas	MAS	FEM	Total Muertes	Factor Masculino	Factor Femenino	MAA MAS	MAA FEM	MAA Total
Hemorragia Gastroesofálico	1	3	4	0,47	0,47	0	1	2
Cirrosis del Hígado, no especificado	558	135	693	0,40	0,4	223	54	277
Hipertensión portal	35	21	56	0,40	0,4	14	8	22
Aborto espontáneo	0	0	0		0,04			0
Cáncer de mama	12	1592	1604		0,01	0	16	16
Colelitiasis	49	99	148	-0,01	0	0	0	0
Hepatitis crónicas	6	1	7	0,00	0	0	0	0
Cáncer de esófago	446	106	552	0,01	0,01	4	1	6
Hipertensión	2591	2701	5292	0,01	0,01	26	27	53
Enfermedad isquémica del Corazón	7193	4792	11985	0,002	0,001	14	5	19
Cáncer de laringe	204	22	226	0,03	0,03	6	1	7
Cáncer de hígado	331	231	562	0,03	0,03	10	7	17
Bajo peso al nacer, prematuridad, retraso del crecimiento intrauterino	281	244	525	0,02	0,02	6	5	11
Cáncer de Orofaringe	326	51	377	0,01	0,01	3	1	4
Psoriasis	0	0	0	0	0	0	0	
Transtornos del ritmo cardíaco-supraventricular	166	196	362	0,01	0,01	2	2	4
Derrame cerebral, isquémica	972	1015	1987	0,04	0,01	39	10	49
Accidente cerebrovascular, hemorragia	1592	1627	3219	0,03	0,01	48	16	64
Cáncer de Próstata	1533		1533		0,003	0	0	5

Fuente: Sequera, Leiva, Santacruz y Cañete (2016).

Cuadro N° 13
Cont. Muertes atribuibles al alcohol (causas agudas) en ambos sexos

Causas	MAS	FEM	Total Muertes	Factor Masculino	Factor Femenino	MAA MAS	MAA FEM	MAA Total
Causas agudas								
100% Alcohol atribuible								
Envenenamiento por alcohol	27	8	35	1	1	27	8	35
Suicidio por y exposición al alcohol	0	0	0	1	1	0	0	0
Nivel sanguíneo excesivo de alcohol	0	0	0	1	1	0	0	0
Estimacion directa (AAF)								
Transporte aéreo en el espacio	16	0	16	0,18	0,18	3	0	3
Aspiración	67	23	90	0,18	0,18	12	4	16
Maltrato infantil < 15 años	48	32	80	0,16	0,16	8	5	
Lesión por ahogo	671	98	769	0,34	0,34	228	33	261
Lesión por caídas	335	110	445	0,32	0,32	107	35	142
Lesión por quemaduras	134	57	191	0,42	0,42	56	24	80
Arma de fuego	61	12	73	0,18	0,18	11	2	13
Homicidios >= 15 años	2461	273	2734	0,47	0,47	1157	128	1285
Hipotermia	27	4	31	0,42	0,42	11	2	13
Vehículo motorizado	40	9	49	0,18	0,18	7	2	9
Accidentes de tráfico de vehículo a motor	3964	911	4875			1490	218	1708
Ocupacional y lesiones de la máquina	37	2	39	0,18	0,18	7	0	7

Causas	MAS	FEM	Total Muertes	Factor Masculino	Factor Femenino	MAA MAS	MAA FEM	MAA Total
Otros choques de vehículos de carretera	693	193	886	0,18	0,18	125	35	159
Envenenamiento (no alcohol)	49	19	68	0,29	0,29	14	6	20
Suicidio	1104	422	1526	0,23	0,23	254	97	351
Transporte de agua	16	2	18	0,18	0,18	3	0	3
TOTAL						5335	1230	6557

Fuente: Sequera et al. (2016). Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

En el mismo periodo de tiempo, las muertes atribuible al alcohol en accidentes de tránsito totalizaron 1.708, predominando las de hombres (1.490), sobre las de mujeres (218). La mortandad más alta se da en la franja de 25-34 años.

Cuadro N° 14

Muertes atribuibles al alcohol en accidentes de tránsito

Grupo de edad	MAS	FEM	Factor MAS	Factor FEM	MM MAS	MM FEM	MAA Total
0-14	174	113	0,15	0,15	26	17	43
15-19	531	157	0,26	0,2	138	31	169
20-24	715	116	0,46	0,36	329	42	371
25-34	858	121	0,49	0,37	420	45	465
35-44	551	85	0,47	0,34	259	29	288
45-54	437	103	0,41	0,28	179	29	208
55-64	344	99	0,28	0,16	96	16	112
65 y + años	354	117	0,12	0,08	42	9	52
Total	3964	911			1490	218	1708

Fuente: Sequera et al. (2016). Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

Debe recordarse que el principal contribuyente del fisco es actualmente una compañía de fabricación de alcoholes, la Cervecería Paraguaya SA, con un aporte Gs. 311.034 millones/año (Cervecería lidera ranking de aportes a la SET, Abc Color, 22 de mayo de 2015).

3.7 Inversión en salud

En el 2012, el gasto en salud del Paraguay fue de 10,3% del PBI. Como el PBI del país es la mitad del promedio de América Latina y el Caribe, en términos absolutos el gasto total per cápita es bajo: U\$S 416 dólares por persona, de los que U\$S 242 corresponden al gasto privado y apenas U\$S 174 dólares al gasto público. Esta cifra es 3,25 veces menor que la de Uruguay y 2,5 veces menor que la del Brasil.

La distribución de esos U\$S 416 dólares es altamente desigual, al analizar los tres grupos poblacionales según niveles de ingreso. El 58% de los gastos es utilizado por el 5% de la población, mientras el 75% de la población debe conformarse con sólo el 26% del total del gasto.

Cuadro N° 15
Gasto de la población en salud (pública y privada)

Población %	Población en Números	Usd. Por Persona	Gs. Por Persona	% Del Gasto
Total 100%	6.229.348	416	2.080.000	100
Pudientes 5%	311.467	4840	24.200.000	58
Con seguro público 20%	1.245.870	283	1.416.919	14
Sin seguro público 75%	4.672.011	146	730.000	26

Fuente: Rodríguez y Villalba (2016).

El presupuesto del MSPBS evolucionó hasta casi quintuplicarse en 10 años, del 2006 al 2015 (Cuadro N° 16). En cuanto a ejecución presupuestaria de la serie, los más altos fueron los años 2010 y 2011, con 89 y 88% respectivamente, siendo el 70% el más bajo correspondiente al año 2013.

Cuadro N° 16
Evolución del Presupuesto del Ministerio de Salud 2006-2015

Año	2006	2007	2008	2009	2010
P. Vigente	1,079,139,470,232	1,332,080,077,040	1,393,357,803,702	2,042,577,501,479	2,057,790,589,269
P. Ejecutado	864,961,438,621	1,036,784,119,567	1,050,301,232,082	1,543,167,662,187	1,841,509,603,508
%	80%	78%	75%	76%	89%
Año	2011	2012	2013	2014	2015
P. Vigente	2,592,610,684,355	3,810,313,893,364	4,049,464,064,580	4,500,049,796,127	4,817,008,930,051
P. Ejecutado	2,277,874,326,313	2,933,730,251,601	2,848,268,352,977	3,449,020,968,231	3,714,493,515,514
%	88%	77%	70%	77%	77%

Fuente: BOOST – Ministerio de Hacienda; porcentaje elaboración propia.

4. Inversión en salud y su impacto en el desarrollo económico de un país

Evidencias científicas demuestran que la inversión en salud, a más de ser una obligación de los Estados de Derecho, produce beneficios al desarrollo económico. El Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016 de Yamey et al. (2017), a partir del trabajo de la Comisión The Lancet sobre la Inversión en Salud, destaca las conclusiones de estudios de casos que se sintetizan a continuación:

- Los niños que crecen enfermos tienen peores resultados económicos en la edad adulta. En cambio, los niños que crecen sanos, tienen buen peso y talla para su edad correspondiente, y como consecuencia de esto se mantienen más tiempo en la escuela, se convertirán en adultos sanos lo cual se traduce en un mejor desarrollo cognitivo, y por lo tanto contribuye a mejores posibilidades de conseguir empleo y salarios más elevados. Una mala salud en los adultos, puede conducir a la pérdida de salarios e ingresos familiares reducidos. Si a esto se suma los gastos de bolsillo para acceder a la atención médica, la salud se termina convirtiendo en una carga económica significativa para muchos hogares, que terminan desplazando otros gastos igualmente esenciales como la comida (p. 324-325).

- Los hijos nacidos de padres que estaban desnutridos durante su niñez, [...] tienen peor salud y peores resultados educativos [...] y los hijos nacidos de padres que recibieron suplementos alimenticios durante la infancia tuvieron mayor peso al nacer, mayor talla para la edad y mayor peso para la edad (p. 325).
- El aumento de un año en la esperanza de vida incrementa la productividad de los trabajadores y se correlaciona con un incremento de 1.43 puntos porcentuales en la tasa de crecimiento económico (p. 325).
- Cerca de 12% del crecimiento económico en los países con ingresos bajos y medio (PBI y PIM) de 1970 a 2000, se debió a una reducción en las tasas de mortalidad de adultos (p. 325).
- Cuando la gente vive más tiempo, tiene un incentivo para ahorrar para su retiro, lo que promueve la inversión y el crecimiento económico (p. 326).
- Cuando los esfuerzos por controlar enfermedades tienen éxito, aumentan las inversiones del extranjero en los negocios y la infraestructura (p.326; 324-5).
- La comisión plantea dejar de lado el indicador de crecimiento basado exclusivamente en el PIB, y utilizar el Crecimiento del ingreso inclusivo, que tiene en cuenta el valor económico de una mayor esperanza de vida.
- Crecimiento en el ingreso Inclusivo de un país = Crecimiento del PIB + valor económico de una mayor esperanza de vida.
- La gente concede un muy alto valor a vivir una vida más larga y saludable –un valor personal e intrínseco que no tiene nada que ver con la productividad. Las personas dan un valor monetario alto a los años adicionales de vida que las inversiones en salud les pueden otorgar, un valor que no es captado por el PIB (Yamey et al, 2017, p. 326).

Para la comisión el ingreso inclusivo proporciona “un panorama más preciso y completo de la contribución de la salud al bienestar económico de una nación”. La Comisión propuso llamar al valor económico de un año adicional de vida, un valor de un año de vida (VAV). Los cálculos realizados por la Comisión sugieren que, en los PBI y en los PIM, un VAV es alrededor de 2,3 veces el PIB per cápita.

Conclusiones

La carga mundial de morbilidad ha cambiado enormemente en los últimos 30 años. Las Enfermedades Crónicas no transmisibles, la Hipertensión Arterial, el cáncer y la diabetes, ocupan porcentajes cada vez más altos de las tasas de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados y en desarrollo. En el segundo grupo de países se da la doble carga: a las enfermedades prevenibles, infecciosas y parasitarias se suman el aumento de la diabetes y de las enfermedades cardíacas.

La alta prevalencia de las ECNT y su relación con la obesidad, el tabaco y el alcohol tornan necesario atender el problema en forma transectorial, multidisciplinaria y en diferentes entornos. En vista que, por un lado afecta la calidad de vida de las personas y aumenta la demanda de servicios de salud; y, por el otro, afecta, el desarrollo económico y social. Por lo tanto, muchas medidas necesarias para combatir las epidemias de tabaquismo, obesidad y alcoholismo, están fuera de la órbita exclusiva de los ministerios de salud.

Dado que la obesidad es a la vez causa y efecto de desigualdades socioeconómicas, las políticas para evitarla o frenarla son, en último término, tanto de salud como de equidad.

Para disminuir el alto consumo (y sus consecuencias negativas) de alimentos hiper-procesados, alcohol y tabaco, existen planes de prevención y aumento de impuestos a dichos productos. Las medidas fiscales poseen doble valor, porque lo recaudado puede destinarse a subsidiar sustitutos saludables de las bebidas azucaradas (como el agua), y a prevenir la obesidad infantil.

Para poder enfrentar a la alta incidencia y prevalencia de las ECNT, se requiere contar con un Sistema Único de Salud (SUS), basado en una estrategia de Atención Primaria universal, integral, equitativa y participativa.

Desafíos de políticas públicas

La única manera de disminuir la incidencia de la ECNT es actuando sobre las *causas* estructurales de la calidad de vida y no solamente sobre los *efectos* o factores de riesgos (obesidad, tabaquismo y alcoholismo). El Estado garante del derecho a la salud debe implementar Políticas Públicas de Protección y Promoción

de la Calidad de vida, como la alimentación saludable, regulación en la comercialización de bebidas azucaradas, alimentos hiperprocesados, tabaco y alcohol; aplicación de un aumento de impuestos a fin de desalentar el consumo de dichos productos y generar más ingresos al fisco destinados al sector salud; así como ambientes no contaminantes; cuidado de la salud mental

Al estar relacionadas con la calidad de vida, las ECNT y sus factores de riesgos requieren ser enfocadas en su determinación social: es fundamental contar con Políticas Públicas de Protección Social y Salud, que aborden la salud de manera integral, desde su promoción y prevención, y no centrada únicamente en la atención médica.

Dentro de la protección y promoción de la salud pública, son fundamentales las políticas de soberanía y seguridad alimentaria, que implican disponer de alimentos saludables, fomentando su producción, expendio y distribución. Sobre todo teniendo en cuenta la alta incidencia del sobrepeso y la obesidad y sus efectos predisponentes a las ECNT.

También se sugiere la implementación de un observatorio del derecho a la salud con indicadores que permitan evaluar la vigencia de los derechos humanos y los compromisos-esfuerzos-resultados de las políticas respectivas.

A más de la utilización de indicadores estructurales, de proceso y de resultados, deben usarse aquellos que capten los principios transversales de derechos humanos, como la no discriminación y la igualdad, la participación, el acceso a reparación y la rendición de cuentas. Los indicadores deben poder captar inequidades, desglosando datos por sexo, discapacidad, origen étnico, religión, idioma, condición social y regional, etc.

Las Políticas Públicas de Protección Social y Salud permiten abordar la salud desde su determinación social, reduciendo la prevalencia de los factores de riesgo de las ECNT. Implican un compromiso multisectorial, del sector salud, educación, agricultura, hacienda, planificación, medio ambiente y obras públicas etc., y la sociedad, que se materialice en las agendas económicas y sociales.

Se requiere la ratificación y plena aplicación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, contra el alcoholismo, contra la obesidad, etc., el cumplimiento pleno del Plan Nacional de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2014-2024, de la Estrategia Nacional para la Prevención y el Control de la Obesidad 2015-2025, etc.

La alta prevalencia de las ECNT y sus factores de riesgo hace necesario seguir construyendo el Sistema Único de Salud para que sea universal, que garantice el acceso equitativo a servicios de salud, orientados a la promoción, la prevención, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, así como el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales, seguros, asequibles, eficaces y de buena calidad para las ECNT (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas), con énfasis en la atención primaria de salud.

Es fundamental fortalecer la vigilancia y la investigación sobre las ECNT, sus determinantes y factores de riesgos y utilizar los resultados de la investigación como sustento para la elaboración y ejecución de políticas basadas en la evidencia, programas académicos y el desarrollo y la ejecución de programas.

Las recomendaciones puntuales son:

Limitar el expendio en las instituciones educativas, de alimentos envasados con un contenido elevado de grasas saturadas, azúcar y sal. El programa de alimentación saludable en las escuelas y la comunidad, debe basarse en alimentos naturales y orgánicos. Debe regularse la publicidad y el etiquetado de los alimentos y bebidas dirigida al público infantil y adolescentes.

Fijar un impuesto especial sobre las bebidas azucaradas y alimentos no básicos, como medida de prevención de la obesidad, porque al incrementar el precio de las bebidas no saludables se desincentiva su consumo (sobre todo en el quintil más pobre de la población), fomenta el consumo de alternativas, eleva la conciencia ciudadana sobre los daños de consumir bebidas azucaradas; incentiva a las industrias a opciones más saludables, etc.

Además, ofrece al gobierno una fuente de ingreso que puede dirigirse a garantizar la prevención mediante programas de salud y educación (aumentar la accesibilidad y disponibilidad de agua potable en escuelas, espacios públicos y zonas rurales y programas de prevención de la obesidad, etc.).

En cuanto al tabaco, debe cumplirse efectivamente el CMCT OMS, firmado por el país, que propone:

i) crear una sólida base legislativa, programas técnicos, programas de prevención del inicio del consumo de tabaco, promoción del abandono del tabaco y protección contra la exposición al humo de tabaco;

ii) ayuda[r] [...] a los trabajadores del sector del tabaco para desarrollar [...] medios de subsistencia alternativos apropiados que sean económicamente y legalmente viables;

c) ayuda[r] [...] a los cultivadores de tabaco para llevar a efecto la transición de la producción agrícola hacia cultivos alternativos [...] (OMS, 2003, Art. 22.1.b)

Además, la prohibición total o restricción de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco por radio, televisión, medios impresos y otros medios, como Internet. Resulta fundamental elevar también el impuesto al tabaco, cuya tasa es ínfima en comparación a la de países vecinos (Paraguay 16%, Chile 80.8%, Brasil 64,9%, Argentina 69,8%).

Respecto al alcohol, el desafío es controlar su disponibilidad física, haciendo cumplir la edad mínima de consumo y compra, el control de su venta con leyes sobre horario, días, densidad y lugares de expendio. Esto exige fortalecer los mecanismos de fiscalización, regular el contenido y volumen de la comercialización; su publicidad directa o indirecta en medios de comunicación; prohibición de promociones de alcohol en actividades destinadas a los jóvenes y colegios, etc.

El sistema de Vigilancia y Monitoreo de los daños relacionados con el alcohol debe emplear tres indicadores: Consumo Per Cápita, Prevalencia del Consumo Episódico de alcohol por edad y sexo y tasas de Mortalidad y Morbilidad atribuible al alcohol. Por último, elevar también los impuestos –y de este modo, los precios– de las bebidas alcohólicas para reducir el consumo y aumentar los ingresos del gobierno, utilizables para proveer servicios públicos.

En síntesis, contar con una *política fiscal saludable* como herramienta de salud pública, que incluya: impuestos selectivos al tabaco, bebidas alcohólicas y azucaradas y a los alimentos hiper-procesados. Los impuestos pueden diseñarse sobre una base imponible basada en el valor (ad valorem) o en la cantidad del producto (específicos). Estos últimos son más adecuados para este tipo de productos, porque no se trata de fomentar el consumo de productos de menor precio sino de reducir las cantidades consumidas.

Establecer un impuesto especial sobre las bebidas azucaradas, tabaco y alcohol, exige el trabajo conjunto del gobierno central, el congreso, la academia, las organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales, en un grupo intersectorial que represente a los actores interesados en aplicar políticas fiscales para favorecer la salud de la población.

Referencias bibliográficas

- Bardach, A., Palacios, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Rodríguez, B., Sequera, V.G., Cañete, F., Augustovski, F. y Pichon-Riviere, A. (2016). Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. *Documento técnico IECS N° 18*. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 2016. Recuperado de: www.iecs.org.ar/tabaco
- Borges, G., Cherpitel, C. y Mittleman, M. (2004). Risk of injury after alcohol consumption: a case-crossover study in the emergency department. *Social Science and Medicine*, 58, pp. 1191-1200.
- Centro de Investigación sobre Inversión y Comercio – CEICOM. (2010). Propuesta de Política Pública sobre Soberanía Alimentaria.
- Cervecería lidera ranking de aportes a la SET. (2015, 22 de mayo). *Abc Color*. Recuperado de: <http://www.abc.com.py/nacionales/cuantan-cuales-son-las-empresas-que-mas-pagan-1369349.html>
- Cherpitel, C.J., Ye, Y. y Bond, J. (2005). Attributable risk of injury associated with alcohol use: cross-national data from the emergency room collaborative alcohol analysis project. *America Journal of Public Health*, 96, pp. 266-272.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos. (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”.
- Fernández, A., Martínez, R., Carrasco, I., Palma, A. (2017). *Impacto social y económico de la malnutrición. Modelo de análisis y estudio piloto en Chile, el Ecuador y México*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL.
- GLOBOCAN. (2012). (IARC). Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>. The World Bank Group 2014 Indicators. Recuperado de: <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>;
- OPS. (2013). Cancer en las Américas, Perfiles de país 2013; WHO Global Report on Mortality Attributable to Tobacco, 2012.; PAHO Cancer Country Profiles 2013.
- Jacobson, J. y Jacobson, S. (2002). Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research and Health*, 26(4), pp. 282-285.
- López, O. y López, S. (2015). *Derecho a la Salud en México*. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. 1ª edición.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – MSPBS. (2011). *Política Nacional de Prevención del Consumo nocivo de bebidas alcohólicas*. Asunción: MSPBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – MSPBS. (2012). *Primera Encuesta Nacional de Factores de riesgo de Enfermedades no Transmisibles en la población general*. Asunción: MSPBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – MSPBS. (2014). *Plan Nacional de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles 2014- 2024*. Asunción: MSPBS.
- Organización de las Naciones Unidas – ONU. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

- Organización de las Naciones Unidas – ONU. (1974). Declaración Universal sobre la Erradicación del Hambre y la Malnutrición. Conferencia Mundial de la Alimentación.
- Organización de las Naciones Unidas – ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO. (1996). Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma, Italia: FAO.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2003). Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Ginebra: OMS.
- OPS-OMS –MSPBS. (2010-2016). Indicadores Básicos de Salud Paraguay 2010-2016. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/33721>
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2007). *Alcohol y Salud Pública en las Américas, un caso para la acción*. Washington, D.C: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2015). *Experiencia de México en el establecimiento de impuestos a las bebidas azucaradas como estrategia de salud pública*. México DF, México: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2016). Informe sobre el Control del Tabaco en la Región de las Américas. A 10 años del Convenio marco de la OMS para el Control del Tabaco. Washington, DC: OPS.
- Ortún, V., López-Valcárcel, B. y Pinilla J. (2016). El impuesto sobre bebidas azucaradas en España. *Rev. Esp. Salud Pública*, 90.
- Paraguay.com. (26/08/2015). 3 de cada 10 escolares tienen un tipo de obesidad. Recuperado de: <http://www.paraguay.com/nacionales/3-de-cada-10-escolares-tienen-un-tipo-de-obesidad-132766/pagina/8>
- Riobó, P; Fernández, B; Kozarcewski, M; Fernández, J. M. (2003). Obesidad en la mujer. *Nutrición Hospitalaria*, 18(5), pp. 233-237.
- Rodríguez, J. C. y Villalba, R. (2016). *Gasto y gestión de la salud pública. Situación y escenario materno infantil*. Asunción: Investigación para el Desarrollo.
- Sequera, G. (2016). Muerte Atribuible al Sobrepeso y la Obesidad en el Paraguay. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles Diciembre – MSPBS.
- Sequera, G., Leiva, M., Santacruz, E. y Cañete, F. (2016). Muerte Atribuible al Consumo de Alcohol en el Paraguay. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles Diciembre.
- Yamey, G., Beyeler, N., Wadge, H. y Jamison, D. (2017). Invirtiendo en salud: el argumento económico. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016. *Salud Pública México*, 59(3), pp. 321-342. Recuperado de: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8675>



Sistematización y descripción de las modificaciones a Tributos en Debate Público

Gerardo Benítez
Fernando Masi

INDICADORES | SALUD | POBREZA | UNIDA
DES | DE | SALUD | DE | LA | FAMILIA | EVALUA
CIÓN | PARAGUAY | AGUA | SANEAMIENTO
DERECHOS | HUMANOS | ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES
DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO
IMPUESTOS | DIRECTOS | E | INDIRECTOS
EQUIDAD | EDUCATIVA | SISTEMA | EDUCA
TIVO | DESIGUALDADES | SOCIALES | INVER
EN EDUCACIÓN^{NI} GASTO PÚBLICO EN
CACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

El presente estudio examina algunos aspectos del sistema tributario paraguayo en cuanto a la equidad y a las recaudaciones. Se utiliza la metodología descriptiva y se realiza una síntesis de varias normativas tributarias vigentes, abordando algunos de los obstáculos que contribuyen a la inequidad tributaria actual. Se presta especial atención a los impuestos al consumo dañino como el tabaco, las bebidas alcohólicas y las bebidas azucaradas. Asimismo, se comparan las tasas y los niveles de recaudación con la región, a partir de datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Hacienda (Paraguay).

Paraguay tiene una elevada proporción de impuestos indirectos (78,3%), con bajas tasas en el impuesto a la renta personal (la tasa máxima en Paraguay es del 10% mientras que la tasa máxima promedio de la región es del 28,7%); la contribución de la renta agropecuaria es de solo 0,2% del PIB (dicho sector representa aproximadamente el 24% del PIB). A pesar de haberse elevado los valores fiscales de los inmuebles rurales, la recaudación del impuesto inmobiliario continúa siendo extremadamente baja. En cuanto a la imposición al consumo dañino, Paraguay tiene la tasa más baja (16%) de impuesto al tabaco en la región (en promedio, 56,7%) y la segunda más baja a las bebidas alcohólicas (8-13%). Finalmente el impuesto vigente a las bebidas azucaradas (5%) es bajo y se encuentra muy por debajo de los niveles sugeridos por la OMS (20%). Se analizan algunas de las propuestas recientes de reforma, junto con otras opciones para mejorar la equidad tributaria en el país.

Palabras clave: impuestos al tabaco, bebidas alcohólicas y azucaradas, impuestos directos e indirectos

Introducción

Este documento tiene como objetivo exponer los temas impositivos que se encuentran actualmente en el debate público. Algunos porque han sido objeto de recientes reformas normativas y ya cuentan con propuestas de reformas en el Congreso, y otros porque están aguardando su tratamiento.

Por medio de este estudio se pretende brindar un panorama más amplio de los principales impuestos que generan debate, a la hora de analizar costos y beneficios de dichas imposiciones.

En primer lugar, se analizan los impuestos directos en América Latina y en especial el impuesto a la renta. Posteriormente se describe la situación de algunos impuestos directos en Paraguay, sus modificaciones tributarias a lo largo del tiempo y propuestas para incrementar la recaudación.

En segundo lugar, se pone el foco sobre el consumo que daña la salud como el tabaco, las bebidas alcohólicas y azucaradas. En especial, aquella referida al nivel de consumo per cápita y el gravamen impositivo aplicado en los países de América Latina y la situación particular en el Paraguay.

La metodología escogida es descriptiva, a partir de datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Hacienda (Paraguay).

1. Los impuestos directos

Los impuestos directos gravan los ingresos o el patrimonio de las personas físicas y jurídicas, mientras que los impuestos indirectos gravan transacciones determinadas y, generalmente, se cargan al consumidor final.

La ventaja de la imposición directa es su progresividad, en el sentido que permite gravar diferenciadamente a quienes tienen más patrimonio o más ingreso. Sus desventajas son la dificultad para recaudarla y la facilidad para eludirla.

En cambio, la recaudación de impuestos indirectos resulta más fácil porque se traslada a los precios y normalmente se percibe de los agentes de retención que, por lo general, no son los que soportan la carga fiscal. Por esta razón, los impues-

tos indirectos tienen un componente de regresividad. Una noción comúnmente aceptada es que hay una correlación positiva entre el crecimiento de la imposición directa y el nivel de desarrollo de los países.

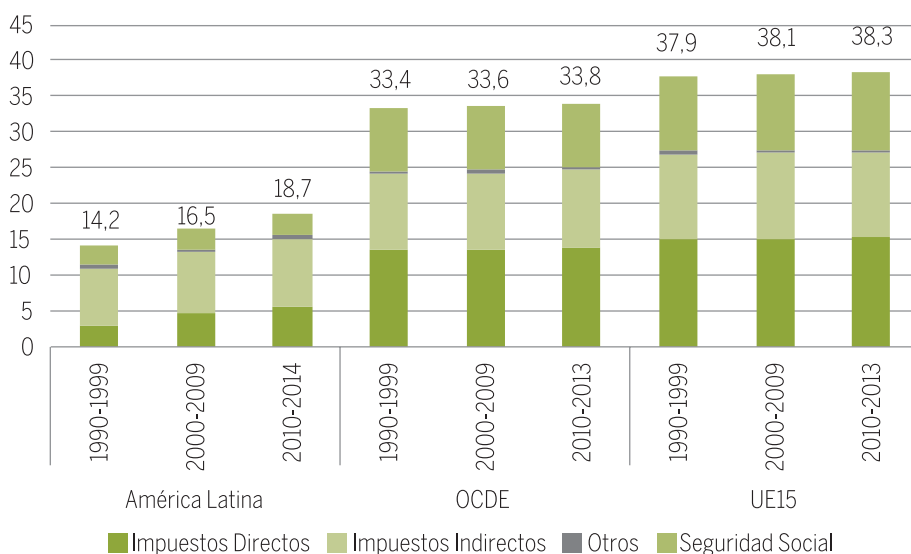
1.1. Los impuestos directos en América Latina

En América Latina, menos de un tercio de la recaudación corresponde a impuestos directos, mientras que el grueso de la carga recae en los impuestos sobre el consumo y otros impuestos indirectos.

En términos del Producto Interno Bruto (PIB), la región ha recaudado un promedio de 9,4% en impuestos indirectos durante el período 2010-2014 (en comparación con el 10,9% del PIB en los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). En contrapartida, solo ha recaudado un 5,7% del PIB en impuestos directos, lo que se encuentra muy alejado del 13,8% que registran los países de la OCDE (CEPAL, 2016).

Gráfico N° 1

**América Latina, OCDE, UE-15: Composición de los ingresos tributarios
(En porcentajes del PIB)**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de cifras oficiales de la CEPAL y de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

La principal causa de las diferencias se deriva de la menor recaudación relativa por impuestos directos (sobre la renta y la propiedad) en ALyC, en particular, de la baja recaudación del impuesto sobre la renta personal.

En el último decenio la recaudación de los impuestos sobre la renta personal, en América Latina, se ha ido incrementando levemente, ya que pasó de un nivel inferior al 1% del PIB en 2005 a cerca del 1,6% (CEPAL, 2017) del PIB en 2015.

La proporción del impuesto sobre la renta personal en relación con el PIB sigue siendo modesta y está muy alejada de la que se registra en los países de la Unión Europea (10,7% del PIB) o de la OCDE (8,4% del PIB) (CEPAL, 2017).

Más allá de este avance, los recursos fiscales provenientes de esta fuente permanecen en niveles muy bajos, a pesar que varios países implementaron reformas con el fin de expandir la base del impuesto y progresaron en la implementación de tasas proporcionales sobre los ingresos de capital.

A nivel regional, el promedio de las tasas impositivas del impuesto a la renta personal (IRP) es de 28,7%. Los países con mayores tasas impositivas son Chile con 40%, seguido por Argentina y Ecuador con tasas máximas de 35% cada una.

En cambio, las menores tasas se registran en Paraguay y Bolivia con gravámenes máximos del 10% y 13% respectivamente, muy inferiores al promedio de la región.

Cuadro N° 1
Tasas mínimas y máximas del IRP. América Latina

Ranking	Países	Mínimo	Máximo
1	Chile	4,0	40,0
2	Argentina	9,0	35,0
3	Ecuador	5,0	35,0
4	Venezuela	6,0	34,0
5	Colombia	19,0	33,0
6	Uruguay	10,0	30,0
7	Perú	8,0	30,0
8	Brasil	7,5	27,5
9	Bolivia	13,0	13,0
10	Paraguay	8,0	10,0
Promedio		8,95	28,75

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2017. Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe.

1.2. Impuestos directos e indirectos en Paraguay

En Paraguay los ingresos tributarios provienen en mayor medida de los impuestos indirectos. A lo largo de los años la relación entre los impuestos directos e indirectos se ha mantenido bastante estable, con porcentajes de 16% y 84% en el 2006 y de 22% y 78% en el 2015.

Es decir, en todo el periodo se obtuvo un promedio de 19% en impuestos directos y 81% en impuestos indirectos. La participación de la imposición directa experimentó un ligero aumento de seis puntos porcentuales en el lapso 2006-2015.

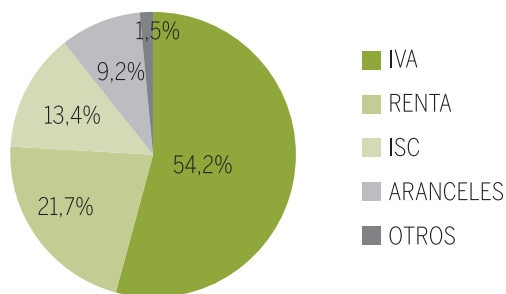
Cuadro N° 2
Participación de los impuestos directos e indirectos en Paraguay (%).

Tipos de Impuestos	2006	2015
Impuestos Directos	16,2	21,7
Impuestos Indirectos	83,8	78,3

Fuente: Borda y Caballero. 2017. Desempeño e institucionalidad tributaria en Paraguay.

Los impuestos más importantes dentro de la estructura tributaria a fines del 2015 fueron el Impuesto al Valor Agregado (IVA), con una participación del 54%, los Impuestos a la Renta con 22%, el Impuesto Selectivo al Consumo (ISC) con el 13% y los aranceles con el 9%.

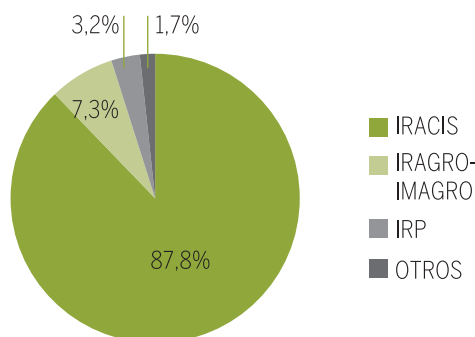
Gráfico N° 2
Estructura tributaria por tipo de impuestos (%). Año 2015.



Fuente: Ministerio de Hacienda. Sub Secretaría de Estado de Tributación.

La estructura del impuesto a la renta (impuestos directos) está mayoritariamente compuesta por el Impuesto a la Renta a Actividades Comerciales, Industriales y de Servicios (IRACIS) (87,8%), el Impuesto a la Renta de las Actividades Agropecuarias (IRAGRO) y el Impuesto a la renta de Actividades Agropecuarias –en su versión anterior IMAGRO– en un 7,3% y el Impuesto a la Renta Personal (IRP) en un 3,2%.

Gráfico N° 3
Estructura de Impuestos a la Renta (%). Año 2015



Fuente: Ministerio de Hacienda. Sub Secretaría de Estado de Tributación.

A continuación, se analizan algunos impuestos directos que se encuentran en constante debate en el Paraguay. Ellos son el IRP y el IRAGRO. También se analizan los precios de transferencias, los impuestos inmobiliarios y las diferentes propuestas de impuesto a la soja.

1.3. Paraguay: impuesto a la renta personal

El IRP es un tributo de tipo directo que grava actividades tales como: servicios personales, enajenación de inmuebles, venta de títulos, acciones y valores, entre otros. Los contribuyentes son las personas físicas y las sociedades simples.

La base imponible está considerada por la renta neta determinada, es decir, el total de ingresos, menos costos y gastos del ejercicio sobre el que posteriormente se aplica la tasa. Es un tributo de declaración anual, y en concordancia con los demás impuestos a los ingresos previstos en nuestro orden jurídico tributario (Ley

N°125/91), se liquida y paga a través de un formulario con carácter de declaración jurada.

El IRP fue introducido al orden jurídico tributario con la Ley N°2.421/04: “De Reordenamiento Administrativo y de Adecuación Fiscal” más conocida como Ley de Adecuación Fiscal.

Se previó su entrada en vigor a partir del año 2006, siendo postergado en dos oportunidades para que finalmente el 1 de agosto del año 2012 entre a regir con la Ley N°4.673/12 y reglamentada en virtud del Decreto N°9.371/12.

En lo que respecta a la recaudación y la cantidad de contribuyentes, este impuesto ha tenido un crecimiento importante. Entre los años 2013 y 2017 la cantidad de contribuyentes pasó de 11.604 a 52.850 personas, mientras la recaudación ascendió de 1.150 millones a 177.352 millones de guaraníes desde su implementación hasta la fecha.

El promedio de pago por contribuyentes se incrementó de 1.152.620 guaraníes a 3.355.762 guaraníes entre los años 2013 y 2017, es decir hubo un crecimiento de aproximadamente 3 veces más.

Cuadro N° 3 Recaudación y cantidad de contribuyentes del IRP

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Recaudación IRP (en millones de Gs)	1.150	154	507	13.375	83.921	125.837	140.554	177.352
Cantidad de contribuyentes	S/D	S/D	S/D	11.604	23.591	34.704	42.147	52.850
Promedio de pago de los contribuyentes (en Gs.)	S/D	S/D	S/D	1.152.620	3.557.331	3.626.009	3.334.852	3.355.762

Fuente: Elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda.

Nota: S/D: Sin datos.

*A julio del 2017.

Pese a su crecimiento, en el 2015 el IRP representó solo el 3,2% del total recaudado en materia de impuesto a la renta. Uno de los principales problemas en su ejecución es la gran variedad de gastos deducibles, que en gran medida facilitan a las personas de ingresos elevados abonar montos muy pequeños en concepto de impuestos.

Según Borda y Caballero (2017), para que el IRP se convierta en un pilar del sistema impositivo y recaude más son necesarias algunas modificaciones como:

- Poner límites a la deducibilidad de los gastos.
- Incluir la renta global.
- Rebalancear la progresividad del impuesto.

La propuesta de poner límites a la deducibilidad permitirá mantener la misma tasa impositiva, y quienes tienen mayores ingresos deberán contribuir con una mayor proporción de sus ingresos.

Con la renta global se logrará que las personas tributen por los ingresos generados en el exterior, respetando las administraciones tributarias de otros países para evitar la doble tributación. Por último, rebalancear la progresividad del impuesto significa revisar las alícuotas o tasas del mismo, y adaptar las mismas a los diferentes estratos de ingresos, de manera a una mayor formalización, mejor control y mayor equidad.

1.4. Impuesto a la renta de actividades agropecuarias

El IRAGRO aparece en el 2013 con la creación de la Ley N° 5.061 y se reglamenta con el Decreto N° 1.031. Este impuesto se crea en sustitución del IMAGRO y reemplaza el concepto del tamaño finca por el de los ingresos de las unidades productivas como base de la tributación.

En Paraguay, el sector agropecuario representa aproximadamente el 24% (BCP, 2017) del PIB. No obstante, la contribución de la renta agropecuaria es de solo 0,2% (Borda y Caballero, 2017) del PIB.

En el periodo 2010 al 2016, el IMAGRO recaudó un total de Gs. 375.564 millones, mientras que el IRAGRO desde su entrada en vigor en 2014 recaudó Gs. 669.157 millones. Es decir, en menos años de vigencia el IRAGRO recaudó casi el doble a su predecesor el IMAGRO.

Cuadro N° 4
Recaudación del IRAGRO e IMAGRO en millones de guaraníes

Rubros	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
IMAGRO	30.113	59.788	66.108	71.813	143.613	3.078	729	322
IRAGRO	-	-	-	-	133.544	280.323	255.290	163.564
TOTAL	30.113	59.788	66.108	71.813	277.157	283.401	256.019	163.887

* Al 30 de setiembre del 2017.

Fuente: Ministerio de Hacienda. Sub Secretaría de Estado de Tributación.

Según Borda y Caballero (2017), es probable que exista un buen margen para mejorar la recaudación. Pero aumentar su rendimiento requiere de un mayor esfuerzo de la administración tributaria. El trabajo de verificación y control debe hacerse sobre las grandes empresas de producción agropecuaria. Para el efecto sería necesario contar con más datos desglosados del sector agropecuario y estudios de rentabilidad de dichos negocios.

1.5. Precios de transferencia

El precio de transferencia es el precio que pactan dos empresas que pertenecen a un mismo grupo empresarial o a una misma persona.

Mediante este precio se transfieren mercancías, servicios, beneficios, etc. entre ambas empresas. Una puede vender a la otra a un precio diferente al de mercado, ya sea superior o inferior. Esto indica que el precio de transferencia no sigue las reglas de una economía de mercado, es decir no siempre se regula mediante la oferta y la demanda.

Una de las situaciones que habitualmente ocurren con los precios de transferencias es que se lo relaciona directamente con el fraude fiscal. Es decir, constituyen precios fijados por empresas relacionadas en las transacciones efectuadas entre ellas, con el propósito fundamental del traslado de beneficios de una empresa a otra ubicada en un país con menor presión tributaria de manera que permita maximizar el rendimiento de la inversión del grupo.

En ese sentido, lo que en el Paraguay puede ocurrir, en el caso del sector agropecuario, es la venta de materias primas y sus derivados a precios muy inferiores en relación con los precios internacionales (Borda y Caballero, 2017).

Actualmente, el país no cuenta con normas de precios de transferencia. Sin embargo, en el 2013 se introdujo la Ley N°5.061, que permite ajustes de precios en las operaciones de exportación que tengan por objeto bienes respecto de los cuales pueda establecerse el precio internacional de público y notorio conocimiento, a través de mercados transparentes, bolsas de comercio o similares.

1.6. Impuestos inmobiliarios

El impuesto inmobiliario es aquel impuesto anual recaudado por las municipalidades. La legislación tributaria paraguaya establece que la tasa de pago del impuesto inmobiliario es del 1% sobre el valor fiscal de la tierra.

La diferencia entre la zona urbana y rural es que en esta última se considera únicamente el valor fiscal del inmueble sin sus mejoras. En cambio, en el primero se calcula sobre el valor de ambos.

El principal problema de este tributo es que los valores fiscales de las tierras se encuentran muy por debajo del valor de mercado. La ley N°5.513/15, que modifica los tributos municipales elevó entre 3 y 5 veces los valores fiscales de los inmuebles rurales, que eran extremadamente bajos. Sin embargo, la disputa entre intendentes y propietarios de grandes inmuebles causada por esta medida logró nuevamente modificaciones en varios decretos del Poder Ejecutivo (Borda y Caballero, 2017).

Uno de los desafíos es mejorar la recaudación. Actualmente este impuesto, aún con valores bajos, no está recaudando todo su potencial, debido a que los mecanismos de control no son eficientes.

Borda y Caballero (2017), sugieren algunas acciones que se podrían tomar como la mejora gradual de las estadísticas de recaudación y cumplimiento tributario; el intercambio y coordinación institucional entre las intendencias, la administración tributaria y el Servicio Nacional de Catastro; y, la creación de mayor conciencia de la necesidad de potenciar este tributo directo.

1.7. Impuesto a la soja

En Paraguay el cultivo de soja representa aproximadamente el 80% (Oxfam, sf)¹ del suelo cultivable del país. Es uno de los principales exportadores de soja a nivel mundial. Sin embargo, su producción no está exenta de externalidades negativas como la destrucción del suelo, menos siembra de alimentos para el consumo hu-

1 OXFAM. <https://www.oxfam.org/es/paraguay-el-pais-donde-la-soja-mata>

mano, impactos negativos sobre el medio ambiente, la baja o casi nula generación de empleo y la reducida contribución impositiva.

Actualmente, el productor sojero tributa el IRAGRO a la tasa del 10%. Sin embargo, la contribución del IRAGRO solamente representa el 0,2% del PIB y el 1,7% de la recaudación impositiva total.

Varias fueron las propuestas para aumentar el tributo a la soja. Entre las más conocidas se encuentra el proyecto de Ley N°5.082/13, que crea el impuesto de exportación de la soja, trigo, maíz y girasol.

Sin embargo, esta Ley, sancionada por el Congreso, fue vetada por el Poder Ejecutivo. La justificación del veto fue que el mercado de la soja descansa sobre un sistema empresarial, donde las grandes compañías, mayoritariamente multinacionales, compran el producto directamente de los pequeños, medianos o grandes productores, quienes realmente terminarán absorbiendo el costo del impuesto.

Otra propuesta legislativa conocida fue la que intentó establecer una tasa del 15% a la exportación de granos en estado natural (soja, maíz y trigo). Su argumentación consistía en que la exportación de granos está controlada por no más de 40 empresas privadas.

Por otro lado, se argumentaba que la producción de granos contaba con el subsidio del gasoil y que el cultivo de los mismos sigue aumentando de manera sostenida. Los proyectistas han argumentado que el aumento de los valores de exportaciones de granos se situaba en al menos 10% al año, y en algunos casos hasta el 25% anual. Del mismo modo han argumentado que el sector sojero tiene una utilidad de más de 60% anual.

El proyecto de Ley fue presentado en el 2014, pero varias comisiones del Senado realizaron objeciones y no dieron curso a su tratamiento en plenaria. De nuevo fue tratado en junio del 2017. En el mismo se introdujeron cambios, siendo uno de los más importantes que la normativa solo afectara a los granos de soja en su estado natural y no así a la producción de maíz y al trigo, como se consideraba en un principio. También se reducía la tasa tributaria del 15% al 10%. El proyecto de ley fue aprobado por la Cámara de Senadores en forma general. Sin embargo, al momento del estudio de cada artículo en particular, no se arribó a un acuerdo, por lo que su tratamiento quedó pendiente.

2. Impuestos al consumo dañino a la salud

En esta sección se analizan las tasas impositivas al tabaco, las bebidas azucaradas y alcohólicas. Se hace una comparación de las tasas impositivas a nivel regional, consumo per cápita por países y la situación de dichos impuestos en Paraguay.

2.1. Impuesto al tabaco

Una de las estrategias más eficaces para combatir el consumo de tabaco es aplicando políticas encaminadas a reducir la demanda. La opción más rentable y eficaz para un gobierno es aumentar el precio del tabaco, es decir, incrementando el impuesto sobre su consumo.

Los precios elevados inducen a abandonar el hábito del tabaco y evitan el inicio del hábito a fumar. También reducen el número de recaídas entre quienes han dejado de fumar y disminuye el consumo entre quienes siguen fumando.

Según la Organización Mundial de la Salud –OMS–, un aumento del precio de un 10% por paquete de cigarrillos debería generar una reducción de la demanda de aproximadamente un 4% en los países de ingresos altos, y entre un 4% y un 8% en los países de ingresos bajos y medios, donde los ingresos bajos de la población hacen que esta sea más sensible a los cambios de precio (OMS)².

Las siguientes revisiones sistemáticas afirman lo mismo:

- Contreary, Chattopadhyay, Hopkins, Chaloupka, Forster y Grimshaw (2015) evaluaron los impactos económicos de los incrementos de los precios de los cigarrillos. Esta revisión que abarcó 18 estudios encontró que los impuestos al tabaco, suponiendo un aumento de precio del 20%, logran disminuir el consumo, lo cual se traduce en menores gastos en salud y mejoras en la productividad de las personas.
- Los impuestos se conocen ampliamente como una de las medidas más efectivas para desincentivar el consumo de tabaco. Bader, Boisclair y Ferrence (2011) revisaron 67 estudios que evaluaban el impacto de los impuestos al tabaco en grupos de alto riesgo (jóvenes, personas de escasos recursos, con diagnósticos médicos, fumadores crónicos, indígenas). Los

2 Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/economics/taxation/es/>

autores concluyeron que los impuestos son muy efectivos para reducir el consumo en jóvenes y en personas de escasos recursos (Brown, Platt, y Amos, 2013).

- Rice, Godfrey, Slack, Sowden y Worthy (2009) realizaron una revisión sistemática sobre los efectos de los impuestos al tabaco sobre la población joven específicamente -uno de los grupos de alto riesgo mencionados anteriormente- que incluyó 45 estudios. La revisión halló que los impuestos son un mecanismo efectivo para disminuir el consumo, evitar que se inicien y para promover el cese del consumo en jóvenes de 25 años o menos, lo cual conlleva grandes beneficios en la salud pública a largo plazo.

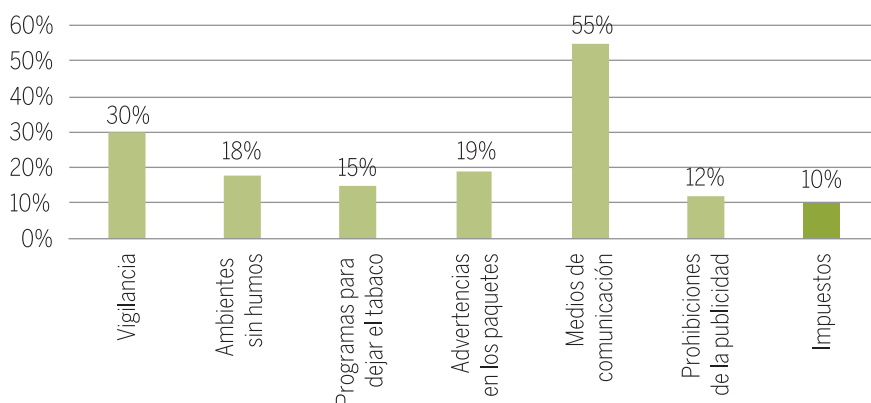
2.2 Impuesto al tabaco en América Latina

A pesar de los esfuerzos por tratar de establecer impuestos altos al tabaco, es aún una medida utilizada escasamente. Solo 33 países, que representan el 10% de la población mundial, tienen impuestos sobre el tabaco que superan el 75% del precio al por menor (OMS, 2017).

Solamente 42 países, que representan el 19% (OMS, 2017) de la población mundial, aplican las prácticas óptimas relativas a las advertencias gráficas, que comprenden la inclusión de advertencias en el idioma local y la exigencia de que ocupen, en promedio, al menos la mitad del anverso y el reverso de los paquetes de cigarrillos. La mayoría de ellos son países de ingresos bajos o medios.

Por otro lado, más de 1300 millones de personas, es decir el 18% (OMS, 2017) de la población mundial, están protegidas por leyes nacionales integrales sobre espacios sin humo. Mientras que solo 29 países, que representan el 12% de la población mundial, han prohibido completamente todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco.

Gráfico N° 4
Proporción de la población mundial cubierta por algunas
Políticas de control del tabaco, 2014



Nota: las políticas de control del tabaco representadas aquí corresponden a las que han alcanzado el máximo nivel de consecución en el ámbito nacional.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS recomienda la aplicación de un impuesto al tabaco que represente más del 75% del precio de venta al por menor. En América Latina, solamente Chile, Venezuela y Ecuador aplican impuestos superiores al 70%, siendo el primero el único que sobrepasa la barrera recomendada.

Entre los demás países de la región se encuentran Argentina con (69,84%), Uruguay (66,75%), Brasil (64,94%), Colombia (49,44%). En cambio, los de menores gravámenes son Bolivia (40,35%), Perú (37,83%) y Paraguay con apenas el 16%.

Cuadro N° 5
Impuestos a los cigarrillos en América Latina (%)

Ranking	Países	Impuestos Totales (%)
1	Chile	80,81
2	Venezuela	71,04
3	Ecuador	70,39
4	Argentina	69,84
5	Uruguay	66,75
6	Brasil	64,94
7	Colombia	49,44
8	Bolivia	40,35
9	Perú	37,83
10	Paraguay	16,00
11	Promedio A.L	56,74

Fuente: OPS y OMS (2016). Informe sobre el control de tabaco en la región de las Américas.

2.3. Tasas impositivas del tabaco en Paraguay

Son considerados productos del tabaco aquellos preparados totalmente o en parte, utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, mascados o utilizados como rapé, vapeados, fumados o aspirados en cigarrillos electrónicos, vaporizadores o similares.

El impuesto al tabaco se clasifica dentro del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC). A diferencia del IRP, este impuesto es indirecto y grava el uso o la consumición de productos que no son considerados de primera necesidad, como las bebidas alcohólicas, tabaco, perfumes, relojes, joyas, etc.

El ISC está reglamentado en la Ley N°125/91, que a su vez fue modificada por la Ley N°2.421/04. En ella se encuentran contenidos los productos gravados y los sujetos contribuyentes. En la misma se imponía un impuesto del 12%.

En el 2010 se introducen modificaciones con la Ley N°4.045. En ella la tasa impositiva se incrementó a 13%. Se estableció que el incremento de 1% deberá ser destinado al Fondo Nacional de Desarrollo del Deporte.

Nuevamente en el 2015 se producen modificaciones con la promulgación de la Ley N°5.538. La tasa máxima del impuesto pasó de 13% a 20% y se establecieron medidas sanitarias de protección a la población. Otro punto importante es que del total de lo recaudado por la aplicación de las alícuotas se destinará:

1. El 18% al Fondo Nacional de Desarrollo del Deporte.
2. El 40% al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para el desarrollo de programas de prevención y atención de enfermedades no transmisibles.
3. El 10% al Fondo Nacional de Emergencia.
4. El 25% al Ministerio de Agricultura y Ganadería para Programas de Agricultura Familiar Campesina y Agroecológica.
5. Hasta un 5% a las Autoridades de aplicación para el cumplimiento de la presente ley.
6. El 2% a la Secretaría de Desarrollo para Refugiados y Repatriados.

Sin embargo, y al contrario de leyes anteriores, el decreto reglamentario de esta nueva ley no utiliza la tasa máxima para hacer cumplir la legislación, estableciéndose una tasa del 16%.

Con la tasa del 16%, el Paraguay se constituye como el país con la menor tasa impositiva en América Latina y se encuentra muy por debajo del promedio de la región, cuya tasa es de aproximadamente el 57%.

Cuadro N° 6
Evolución de las tasas impositivas al tabaco. Impuesto Selectivo al Consumo

Indicadores	Ley 2.421/04	Ley 4.045/10	Ley 5.538/15	Decreto 4.694/16
1. Cigarrillos perfumados o elaborados con tabaco rubio egipcio o turco, virginia y similares.	12%	13%	20%	16%
2. Cigarrillos en general no comprendidos en el numeral anterior.	12%	13%	20%	16%
3. Cigarros de cualquier clase.	12%	13%	20%	16%

Indicadores	Ley 2.421/04	Ley 4.045/10	Ley 5.538/15	Decreto 4.694/16
4. Tabaco negro o rubio, picado o en otra forma excepto el tabaco en hojas.	12%	13%	20%	16%
5. Tabaco elaborado, picado, en hebra, en polvo (rapé) o en cualquier otra forma.	12%	13%	20%	16%
6. Esencias u otros productos del tabaco para ser vapeados, inhalados o aspirados por cigarrillos electrónicos, vaporizados o similares.	-	-	20%	16%

Fuente: Congreso Nacional. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.

2.4. Paraguay: costo a la salud pública por consumo de tabaco

En Paraguay el tabaquismo ocasiona una importante cantidad de muertes, enfermedades y costos sanitarios. El mayor peso está dado por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades cardíacas y el cáncer de pulmón.

Según Bardach et al. (2016), el tabaquismo es responsable en forma directa de la pérdida de 88.473 años de vida cada año y explica el 12,2% de todas las muertes que se producen en el país en mayores de 35 años.

El tabaquismo genera además un costo directo anual de 1.568.718 de millones de guaraníes, lo que equivale al 1,09% de todo el producto bruto interno (PIB) del país y al 12,1% de todo el gasto público en salud anual (Bardach et al, 2016, p.6).

Cuadro N° 7
Costos de atención asociados al tabaquismo (En guaraníes)

Enfermedades cardíacas	641.603.134.117
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	440.400.326.560
Tabaquismo pasivo	180.471.996.053
ACV	108.257.114.023

Otros Cánceres	107.000.783.488
Cáncer de pulmón	90.526.605.107
Neumonía	458.160.192
Costo total al sistema de salud	1.568.718.119.540

Fuente: Bardach A, Palacios A, Caporale J, Alcaraz A, Rodríguez B, Sequera V.G, Cañete F, Augustovski F, Pichon-Riviere A. Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos. Documento técnico IECS N° 18. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 2016.

La recaudación impositiva por la venta de cigarrillos es de alrededor de 318.945 millones de guaraníes anuales, un valor que apenas llega a cubrir el 20% de los gastos directos provocados por el cigarrillo en el sistema de salud.

El aumento del precio de los cigarrillos a través de impuestos es reconocido en el mundo como la medida más costo-efectiva para reducir su consumo, sobre todo cuando se logran políticas fiscales sostenidas en el tiempo.

Un incremento de tan sólo un 20% podría llegar a evitar más de 1.003 muertes, 2.953 enfermedades cardíacas, 423 nuevos cánceres y eliminar 845 accidentes cerebrovasculares (ACV) en diez años. Y aun así el precio de los cigarrillos continuaría siendo bajo para los estándares internacionales. Además, en diez años se podrían generar recursos por 644.763 millones de guaraníes, cifra derivada del ahorro en gastos sanitarios y del aumento en la recaudación impositiva (Bardach et al, 2016).

2.5. Bebidas azucaradas

El incremento del sobrepeso durante los últimos años es alarmante. Los principales factores de riesgo comienzan durante la niñez.

En las últimas décadas el incremento en el sobrepeso responde principalmente a cambios en nuestro entorno, relacionados con los avances tecnológicos y que permiten un mayor acceso a comidas procesadas, sal, azúcar y el consumo de bebidas azucaradas.

Las bebidas que contienen azúcares añadidos se asocian con un mayor riesgo de aumentar de peso y por lo tanto, desarrollar sobrepeso y obesidad, así como otras enfermedades cardiovasculares como diabetes, síndrome metabólico e hipertensión.

Para enfrentar este problema se requiere la implementación de un conjunto de medidas integrales y de abordaje multisectorial. Las políticas fiscales deben estar acompañadas de otras políticas como la mejora en el etiquetado, control de publicidad, mejor acceso a alimentos y bebidas saludables.

La OMS recomienda gravar las bebidas azucaradas con un incremento en el precio de venta de al menos un 20%. Ello ayudaría a reducir su consumo y reducir la obesidad, la diabetes tipo 2 y las caries dentales.

El incremento de impuestos a las bebidas azucaradas ha demostrado ser la estrategia más efectiva en la reducción de la demanda. Varias revisiones sistemáticas afirman esta teoría:

- Sobre las bebidas azucaradas, Cabrera Escobar, Veerman, Tollman, Bertram y Hofman (2013), se basaron en nueve estudios de Francia, Estados Unidos, Brasil y México para investigar los impactos de los aumentos de precio en el consumo. Al ser negativas las elasticidades de las bebidas azucaradas, los incrementos en el precio disminuyen el consumo, interesantemente, derivando también en un menor consumo de bebidas dietéticas. Estas intervenciones, como afirman Thow, Downs y Jan (2014), causan la sustitución de dichos productos por otras alternativas, en este caso, jugos y leche.
- Maniadakis, Kapaki, Damianidi y Kourlaba (2013), realizaron otro estudio sistemático sobre cómo los incrementos de precio de las bebidas no alcohólicas y alimentos altos en grasa afectan el consumo, ingesta calórica y peso de las personas. Hallaron que efectivamente los impuestos reducen el consumo, pero los efectos sobre la ingesta calórica probablemente sean menores. Lo mismo ocurre con los efectos en el peso de las personas. Resultó difícil evaluar los impactos debido a los efectos de sustitución.
- Thow, Jan, Leeder y Swinburnd (2010), realizaron un estudio sistemático de 24 investigaciones sobre el efecto de la política fiscal (impuestos y subvenciones) en la dieta, la obesidad y las enfermedades crónicas. Encontraron que los mayores niveles de impuestos logran cambios más significativos en el consumo de los alimentos en el peso y en la incidencia de enfermedades no transmisibles.

2.6. Consumo de bebidas azucaradas

A nivel global, América se encuentra entre los principales consumidores de bebidas carbonatadas. En el 2014, América Latina consumió 56 mil millones de

litros, América del Norte 52 mil millones de litro y Asia Pacífico 36 mil millones de litros (EUROMONITOR INTERNATIONAL, 2015).

Como se aprecia en el Cuadro N° 8, ocho países de la región se encuentran entre los principales consumidores de bebidas carbonatadas a nivel mundial.

Argentina lidera el ranking, con un consumo promedio anual de 155 litros por persona. En segundo lugar se encuentra Estados Unidos, con un consumo de 154 litros anuales; le siguen Chile y México con consumos de 141 y 137 litros respectivamente.

Cuadro N° 8
Consumo de Bebidas Azucaradas por países seleccionados

Ranking	Países	Consumo de gaseosas per cápita (Its)
1	Argentina	155
2	EE.UU	154
3	Chile	141
4	México	137
5	Uruguay	113
6	Bélgica	109
7	Alemania	98
8	Noruega	98
9	Arabia Saudita	89
10	Bolivia	89
11	Australia	87
12	Nueva Zelanda	86
13	Canadá	85
14	Brasil	81
15	Irlanda	81

Fuente: EUROMONITOR INTERNATIONAL, 2015. Salud y bienestar, la principal amenaza para el mercado de bebidas carbonatadas en América del Norte y Sudamérica.

2.7. Tasas impositivas a las bebidas azucaradas en Paraguay

Al igual que los productos derivados del tabaco, las bebidas azucaradas clasifican dentro del ISC. Pero a diferencia del rubro anterior, los ítems destinados a bebidas gaseosas y jugos no sufrieron ninguna modificación en cuanto a las tasas de impuestos.

Actualmente el impuesto a las bebidas azucaradas es del 5%. Esto indica que existe un gran margen para la aplicación de un mayor impuesto y aproximarse al 20% recomendado por la OMS.

Cuadro N° 9
Evolución de las tasas impositivas a bebidas azucaradas

Indicadores	Ley 2.421/04	Ley 4.045/10	Ley 5.538/10
1. Bebidas gaseosas sin alcohol, dulces o no, y en general bebidas no especificadas sin alcohol o con un máximo de 2% de alcohol.	5%	5%	5%
2. Jugos de frutas sin alcohol o con un máximo de 2% de alcohol.	5%	5%	5%

Fuente: Congreso Nacional. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.

2.8. Bebidas alcohólicas

Según la OMS, el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, utilizada ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.

El alcohol afecta a las personas y a las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. En 2012, unos 3,3 millones de defunciones, o sea el 5,9% del total mundial, fueron atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2015).

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 (OMS, 2015) enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de

salud tales como trastornos mentales y de conductas, incluidos el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

2.9. Consumo per cápita de bebidas alcohólicas. América Latina

En el mundo, cada persona de 15 años o más bebe anualmente en promedio cerca de 6,2 litros de alcohol puro. Pero menos de la mitad de la población, es decir el 38,3% bebe alguna bebida alcohólica. Esto implica que aquellos que lo beben en promedio consumen 17 litros de puro alcohol por año.

Europa es la región de mayor consumo de alcohol per cápita con un promedio de 10,9 litros por año, en tanto que América se ubica en segundo lugar con un promedio de consumo de 8,4 litros anuales (OPS, 2015).

En América Latina, el principal consumidor de bebidas alcohólicas es Chile con un promedio de 9,6 litros per cápita, seguido muy de cerca por Argentina y Venezuela con consumos de 9,3 y 8,9 litros respectivamente. En cuarto lugar se encuentra Paraguay con un consumo anual per cápita de 8,8 litros.

Cuadro N° 10

América Latina: Consumo per cápita de Bebidas Alcohólicas (litros)

N°	Países	Total	Hombres	Mujeres
1	Chile	9,6	13,9	5,5
2	Argentina	9,3	13,6	5,2
3	Venezuela	8,9	12,7	5,2
4	Paraguay	8,8	12,4	5,2
5	Brasil	8,7	13,6	4,2
6	Perú	8,1	12,4	3,8
7	Uruguay	7,6	11,3	4,2
8	Ecuador	7,2	11,1	3,4
9	Colombia	6,2	9,01	3,5
10	Bolivia	5,9	9,1	2,7

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2014).

En cuanto a las tasas de impuestos aplicados por cada país, Uruguay posee la tasa más elevada con impuestos que van de 23% a 85%. En segundo lugar se encuentra Ecuador con tasas de 75% y en tercer lugar Colombia con tasas de 20% a 48%.

Los países con menor tasa impositiva son Bolivia y Paraguay, con tasas que van del 1% al 10% y del 8% al 12% respectivamente.

Según la OMS, la evidencia internacional sugiere que la suba de precios a las bebidas alcohólicas es una de las mejores medidas para retrasar el inicio, disminuir la intensidad o incentivar la cesación en su consumo.

Otro estudio de referencia es el de Wagenar, Tobler y Komro (2010), en el cual revisaron 50 estudios sobre el impacto de los impuestos a las bebidas alcohólicas en la morbilidad y mortalidad. Estos autores concluyen que un aumento del 100% en las tasas de impuesto reduciría la mortalidad relacionada en 35%, las muertes en accidentes de tránsito en 11%, las enfermedades de transmisión sexual en 6%, la violencia en 2% y el crimen en 1,4%.

Cuadro N° 11
América Latina: Rango Impositivo para Bebidas Alcohólicas

Ranking	Países	Impuestos Totales (%)
1	Uruguay	23 a 85
2	Ecuador	75
3	Colombia	20 a 48
4	Brasil	40
5	Perú	20 a 30
6	Chile	5 a 27
7	Argentina	8 a 20
8	Paraguay	8 a 13
9	Bolivia	1 a 10
10	Venezuela	S/D

Fuente: SET/MH en: <http://www.economia.com.py/economia/conacol-pide-al-gobierno-que-suba-tasas-que-gravan-venta-de-alcohol-1138.html>

2.10. Tasas impositivas de las bebidas alcohólicas en Paraguay

Al igual que las anteriores, todas las bebidas alcohólicas están reglamentadas en la Ley N° 125/91, modificada por la Ley N° 2421/04. Con esta Ley las tasas eran de 8%, 10% y 12% dependiendo del tipo de producto. Tanto la Ley 125/91 y la Ley 2421/04 fueron modificadas por la Ley 4045/10.

En el 2010, con la entrada en vigor de la Ley N° 4045, se incrementaron las tasas de todos los productos derivados del alcohol en 1%. Es decir, las tasas pasaron a 9%, 11%, hasta un máximo de 13% según el tipo de producto.

Como se mencionó más arriba, el Paraguay es uno de los países con menores tasas impositivas al alcohol. En comparación al tabaco, estas no sufrieron ninguna modificación en sus tasas impositivas durante los últimos 7 años.

El ISC aplicado al tabaco y al alcohol representa apenas el 3,7% del total recaudado por el sistema³. Este índice de recaudación resulta bajo frente a los gastos presupuestarios del Estado para la atención de víctimas de accidentes de tránsito provocados por el consumo indebido de bebidas alcohólicas.

Esto sugiere la necesidad de incrementar los impuestos sobre estos productos, no solo para recaudar sino también como una medida de prevención de enfermedades y de accidentes de tránsito.

Cuadro N° 12
Evolución de las tasas impositivas a las bebidas alcohólicas

Indicadores	Ley 2.421/04	Ley 4.045/10	Ley 5.538/10
1. Cervezas en general.	8%	9%	9%
2. Coñac artificial y destilado, ginebra, ron, cocktail, caña y aguardiente no especificado.	10%	11%	11%
3. Productos de licorería, anís, bitter, amargo, fernet y sus similares: vermouths, ponches, licores en general.	10%	11%	11%
4. Sidras y vinos de frutas en general, espumantes o no: vinos espumantes, vinos o mostos alcoholizados o concentrados en misteles.	10%	11%	11%

3 Cifra de la SET/MH para el año 2014. Estos valores dejaron de mostrarse en los informes de la SET a partir del 2015.

Indicadores	Ley 2.421/04	Ley 4.045/10	Ley 5.538/10
5. Vino dulce natural de jugos de uvas (tinto, rosado o blanco, exceptuando los endulzados).	10%	11%	11%
6. Vino dulce (inclusive vino natural endulzado), vinos de postres, vinos de frutas no espumantes y demás vinos artificiales en general.	10%	11%	11%
7. Champagne, y equivalente.	12%	13%	13%
8. Whisky	10%	11%	11%

Fuente: Congreso Nacional. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación.

Conclusiones

En las últimas décadas se produjeron reformas muy profundas en el sistema tributario paraguayo con el fin de corregir las ineficiencias de sistemas anteriores. Pese a esto, el sistema tributario aún sigue siendo débil y presenta ciertas ineficiencias, incluso en sus propias reglamentaciones.

La estructura tributaria actual es dominada por los impuestos indirectos, lo cual tiene un impacto regresivo y perjudica a la población con menores recursos, acrecentando la desigualdad en los ingresos. Actualmente el IRP solo ocupa el 3,2% del total de los impuestos directos. El IRAGRO que fue creado para suplir un eventual impuesto a la soja apenas alcanza el 7,3% del total de impuestos directos.

Las tasas impositivas vigentes son muy bajas y no están acordes con el promedio de los demás países de la región. Algunos consumos dañinos como el tabaco, las bebidas alcohólicas y azucaradas contribuyen muy poco y favorecen a la formación de enfermedades con costos muy elevados para el Estado paraguayo.

Por lo tanto, existen varios desafíos a ser tenidos en cuenta. Por un lado, se requiere implementar reformas de manera gradual para aumentar sustancialmente las recaudaciones. Por el otro, mejorar el nivel de progresividad, crear incentivos claros/claves para el desarrollo de la actividad económica y reducir las desigualdades.

Referencias bibliográficas

- Bader, P., Boisclair, D. y Ferrence R. (2011). “Effects of Tobacco Taxation and Pricing on Smoking Behavior in High Risk Populations: A Knowledge Synthesis”. *Journal of Environmental Research and Public Health* Nov; 8(11): 4118–4139.
- Bardach, A., Palacios, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Rodriguez, B., Sequera V.G., Cañete, F., Augustovski, F., Pichon-Riviere, A. (2016). Carga de enfermedad atribuible al uso del tabaco en Paraguay y potencial impacto del aumento del precio a través de impuestos”. Documento técnico IECS N° 18. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: www.iecs.org.ar/tabaco
- Banco Central del Paraguay (2017). Estadísticas Económicas. Recuperado de: <https://www.bcp.gov.py/>
- Borda, D. y Caballero, M. (2017). *Desempeño e institucionalidad tributaria en Paraguay*. CA-DEP-Paraguay Debate
- Borda, D. y Caballero, M. (2016). *Eficiencia y equidad tributaria: una tarea de construcción*. Asunción, Paraguay: CADEP.- Paraguay Debate.
- Cabrera Escobar, M., Veerman, J., Tollman, S., Bertram, M. y Hofman, K. (2013). “Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis”. *BMC Public Health*; 13: pp. 1072.
- CEPAL. (2016). *Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe: las finanzas públicas ante el desafío de conciliar austeridad con crecimiento e igualdad*. CEPAL, 90 pp. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/39939-panorama-fiscal-america-latina-caribe-2016-finanzas-publicas-desafio-conciliar>
- CEPAL. (2017). *Panorama fiscal de América Latina y el Caribe: la movilización de recursos para el financiamiento del desarrollo sostenible*. CEPAL, 115 pp. ISBN: 9789211219449 Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/41044-panorama-fiscal-america-latina-caribe-2017-la-movilizacion-recursos-Conacol-pide-al-Gobierno-que-suba-tasas-que-gravan-venta-de-alcohol>. (2014, 04 de abril).
- Abc Color. Asunción, Paraguay. Recuperado de: <http://www.economia.com.py/economia/conacol-pide-al-gobierno-que-suba-tasas-que-gravan-venta-de-alcohol-1138.html>
- Congreso Nacional. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación. Recuperado de: <http://www.bacn.gov.py/buscar/>
- Contreary, K., Chattopadhyay, S., Hopkins, D., Chaloupka, F., Forster, J., Grimshaw, V., y Community Preventive Services Task Force. (2015). “Economic Impact of Tobacco Price Increases Through Taxation: A Community Guide Systematic Review”. *American journal of preventive medicine*, 49(5), pp. 800-808.
- Euromonitor International. (2015). Salud y bienestar, la principal amenaza para el mercado de bebidas carbonatadas en América del Norte y Sudamérica.
- Maniadakis, N., Kapaki, V., Damianidi, L y Kourlaba, G. (2013). “A systematic review of the effectiveness of taxes on nonalcoholic beverages and high-in-fat foods as a means to prevent obesity trends”. *ClinicoeconOutcomes Res.* 2013; 5: pp. 519–543.
- Ministerio de Hacienda. Subsecretaría de Estado de Tributación. Recuperado de: <http://www.set.gov.py/portal/PARAGUAY-SET>

- OMS. (2015). *Informe sobre la epidemia mundial de tabaquismo: Aumentar los impuestos al tabaco* (Resumen). Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181425/1/WHO_NMH_PND_15.5_spa.pdf?ua=1&ua=1
- OPS y OMS. (2016). *Informe sobre control del tabaco en la región de las Américas*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11965%3A2016-regional-report-tobacco-control&catid=1279%3Apublications&Itemid=41962&lang=es
- OMS. (2017). Tabaco. Nota descriptiva. Centro de prensa, OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
- OPS. (2015). Informe sobre la situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Enfermedades no transmisibles y salud mental, Washington, D.C. ISBN 978-92-75-31855-3. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7708/9789275318553_esp.pdf
- OMS. (sin fecha). Impuestos sobre los productos de tabaco. Iniciativa Liberarse del Tabaco, Aspectos económicos de la lucha contra el tabaco. Recuperado de: <http://www.who.int/tobacco/economics/taxation/es/>
- Rice N., Godfrey C., Slack, R., Sowden, A. y Worthy, G. (2009). *A systematic review of the effects of price on the smoking behaviour of young people*. Centre for Health Economics, the Centre for Reviews and Dissemination and the Department of Health Sciences (University of York). Public Health Research Consortium
- Thow, A; Jan, S; Leeder, S; and Swinburn, B. (2010). The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Organization Bulletin of the World Health Organization*; 88: 609-614. doi: 10.2471/BLT.09.070987
- Wagenaar, A., Tobler, A. y Komro, K. (2010). "Effects of Alcohol Tax and Price Policies on Morbidity and Mortality: A Systematic Review". *American Journal of Public Health* 100 (11): pp. 2270-2278.

Equidad en Educación

Nidia Glavinich

INDICADORES SALUD POBREZA UNIDA
DES DE SALUD DE LA FAMILIA EVALUA
CIÓN PARAGUAY AGUA SANEAMIENTO
DERECHOS HUMANOS ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES
DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO
IMPUESTOS DIRECTOS E INDIRECTOS
EQUIDAD EDUCATIVA SISTEMA EDUCA
TIVO DESIGUALDADES SOCIALES INVER
EN EDUCACIÓN GASTO PÚBLICO EN
CACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

El estudio analiza la equidad educativa en el Paraguay, a partir del acceso, permanencia y egreso en el sistema educativo de niñas, niños y adolescentes, según áreas de residencia, nivel de ingreso de la población y las brechas de género.

Las principales conclusiones señalan que siguen vigentes las desigualdades sociales, que se reproducen en el sistema educativo; la asistencia a una institución educativa en los diferentes niveles mantiene diferencias importantes entre la tasa bruta de matrícula y la tasa neta, evidenciando problemas de repitencia y sobreedad; una cantidad importante de niños y niñas que forman parte del sistema educativo, tienen edades que no corresponden a las oficiales; así como, todavía existe una brecha significativa en el acceso a la educación por zonas geográficas.

Palabras clave: Equidad educativa; sistema educativo; desigualdades sociales; inversión en educación.

Introducción

El Foro Mundial sobre la Educación, realizado en mayo de 2015, en Incheon, República de Corea, ha tenido como punto central la discusión sobre una educación de calidad, equitativa e inclusiva, así como un aprendizaje durante toda la vida para todas las personas en 2030. El mismo Foro, destaca que “el aprendizaje de calidad no es solo esencial para satisfacer las necesidades básicas de la población, sino que también resulta indispensable para fomentar las condiciones que hacen posible la paz y el desarrollo sostenible en el mundo” (UNESCO, 2015).

En el evento también se destacó la necesidad de incrementar la inversión en educación, en su condición de bien público; ello sugiere la implementación de estrategias que permitan la captación de nuevas fuentes de financiamiento –internas y externas– para programas específicos, con miras al logro de una equidad real. Además de apostar al mejoramiento de la gestión de los recursos financieros, que se base en una ejecución presupuestaria participativa y transparente (UNESCO, 2015).

Dentro de este marco, este estudio se propone analizar la equidad educativa en el Paraguay, a partir del acceso, permanencia y egreso en el sistema educativo de niñas, niños y adolescentes, según áreas de residencia, nivel de ingreso de la población y las brechas de género. Se destacan dos niveles: el acceso a la educación inicial y la educación de personas jóvenes y adultas.

Las fuentes utilizadas fueron la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), años 2006-2015; datos estadísticos de la Dirección General de Planificación Educativa (DGPE) y la base de datos BOOST del Ministerio de Hacienda, para el periodo 2006-2015.

El estudio consta de cinco partes. En la primera se presenta la normativa internacional y nacional ratificada o promulgada por el Estado paraguayo, en la que reconoce a la educación como un derecho humano, junto a las condiciones para que todas las personas puedan acceder a este derecho en igualdad de oportunidades y sin discriminación alguna. En la segunda se presentan indicadores de contexto para dimensionar las acciones que el Estado debe realizar a fin de garantizar la educación a toda la población. En la tercera parte se brindan datos sobre cobertura y eficiencia interna, y en la cuarta, indicadores de eficiencia del sistema educativo. En la quinta parte, se presenta informaciones sobre recursos financieros, humanos y de infraestructura. Finalmente, están las conclusiones y recomendaciones.

Los datos y análisis de este estudio señalan los esfuerzos que debe realizar el Estado para garantizar una política educativa de calidad y cumplir con las obligaciones establecidas en las diferentes normativas nacionales e internacionales. Estos abarcan tanto una mayor inversión en todos los niveles educativos, como pautas para trabajar criterios técnicos que aseguren efectivamente una educación inclusiva y equitativa.

1. Marco normativo

El análisis sobre la equidad de la educación en el Paraguay parte del paradigma de los derechos humanos y el de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El objetivo 4 de los ODS propone “garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos” y de este modo, contribuir a la reducción de la pobreza y de las desigualdades. Para ello, se requieren condiciones que garanticen el derecho a la educación.

El Estado paraguayo ratificó Protocolos y Convenios Internacionales en los que se reconoce a la educación como un derecho humano y lo obligan a garantizar las condiciones para que todas las personas puedan acceder a este derecho, en igualdad de oportunidades y sin discriminación alguna. Entre las normativas internacionales están la Convención relativa a la Lucha contra las Discriminaciones en la Esfera de la Enseñanza (Art. 5, inc. 1); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Art. 13); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Art. 10); la Convención sobre los Derechos del Niño (Art. 29); y la Convención Americana sobre Derechos Humanos y su protocolo facultativo sobre derechos económicos, sociales y culturales.

En cuanto a la normativa nacional, en la Constitución Nacional se declara el derecho a la educación integral y permanente de toda persona (Art. 73); se afirma el derecho de aprender y de la libertad de enseñar (Art. 74); se describe la obligación del Estado por su conducción (Art. 75 y 76); se apunta que la enseñanza se dará en la lengua materna del educando (lenguas oficiales) (Art. 77) y que el mínimo presupuestario destinado a la educación no será inferior al 20% del Presupuesto General de la Nación (Art. 85).

La Ley General de Educación (Ley N°1.264/1998) refuerza, en su artículo 9°, los fines de la educación nacional que se concretan a través de planes nacionales y establece la gratuidad y obligatoriedad de la educación escolar básica. La Ley N°4.088/10 establece la obligatoriedad y gratuidad de la Educación Inicial y Educación Media y el Decreto N°6.162/11 reglamenta la obligatoriedad y gratuidad de la educación en los establecimientos públicos o de gestión oficial. El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N°1.680), en los artículos 20, 21 y 22, también hace referencia al derecho a la educación.

La Ley N°1.264/98 establece que la organización del sistema educativo nacional (SEN) es responsabilidad del Estado, incluyendo la educación de régimen general, la educación de régimen especial y otras modalidades de atención educativa. La educación de régimen general puede ser formal, no formal y refleja. La educación formal se estructura en tres niveles y comprende la Educación Inicial (EI) y Escolar Básica (EEB), la Educación Media (EM) y la Educación Superior (ES) (DGPE/MEC, 2012).

El Art.32 de la Ley N°1.264 dispone que la educación escolar básica comprende nueve grados y es obligatoria y que, además, será gratuita en las escuelas públicas de gestión oficial, con la inclusión del preescolar.

Tabla N° 1
Sistema Educativo del Paraguay

Nivel	Ciclos	Edades	CINE*
Inicial	Preescolar	5 años	CINE 0
EEB	Primer Ciclo	6 a 8 años	CINE 1
EEB	Segundo Ciclo	9 a 11 años	CINE 1
EEB	Tercer Ciclo	12 a 14 años	CINE 2
Educación Media	Ciclo diversificado	15 a 17 años	CINE 3

* Instituto de Estadística de la UNESCO (2013). Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE). Fuente: DGPE/MEC.

El SEN incluye también la educación de régimen especial y otras modalidades de atención educativa, como la Educación de Personas Jóvenes y Adultas (EPJA). La Educación Básica Bilingüe para Jóvenes y Adultos (EBBJA) atiende a jóvenes

y adultos de 15 años y más de edad; la Educación Media Alternativa para Jóvenes y Adultos (EMAPJA) atiende a personas de 17 años y más de edad; la Educación Media a Distancia para Jóvenes y Adultos (EMDJA), es ofrecida a jóvenes y adultos que no concluyeron sus estudios del nivel medio; y la Formación Profesional (FP), brinda diversas ofertas educativas para la vida laboral. La Educación Especial está destinada a personas con discapacidades (DGPE/MEC, 2012).

El Estado tiene la responsabilidad de asegurar a toda la población del país el acceso a la educación, y de crear las condiciones de una real igualdad de oportunidades. Para ello, el SEN debe ser financiado básicamente con recursos del Presupuesto General de la Nación (Ley N°1.264/98, en el Art.4°). El MEC, en la década estudiada, registró un promedio de ejecución presupuestaria de 92,5%. En tanto que el crecimiento promedio anual del presupuesto vigente entre el 2006-2015 fue del 13% (Tabla N° 3).

Del análisis del aumento del presupuesto según programas, se deduce que parte del incremento general se debe a las *Transferencias*, que tienen como principal componente al Objeto de Gasto “*Transferencias Consolidables de la Administración Central a Entidades Descentralizadas*” (Universidades, Fondo Nacional de la Cultura y las Artes (FONDEC) y el Instituto Nacional del Indígena (INDI).

Tabla N° 2
Presupuesto MEC. Años 2006-2015

Año	Presupuesto vigente En Gs.	Ejecutado	% ejecución	Variación Relativa	Variación Absoluta
2006	2.250.050.190.554	2.112.560.213.807	93,89		
2007	2.534.826.965.302	2.406.389.348.531	94,93	13,91	293.829.134.724
2008	3.023.885.932.818	2.838.017.420.609	93,85	17,94	431.628.072.078
2009	3.547.706.164.579	3.251.795.566.382	91,66	14,58	413.778.145.773
2010	3.755.559.791.534	3.498.343.916.427	93,15	7,58	246.548.350.045
2011	4.532.362.683.797	4.125.150.884.508	91,02	17,92	626.806.968.081
2012	5.533.574.949.057	4.840.485.563.474	87,47	17,34	715.334.678.966
2013	5.576.794.530.004	5.145.586.739.055	92,27	6,30	305.101.175.581
2014	5.747.890.655.104	5.491.638.766.959	95,54	6,73	346.052.027.904
2015	6.601.304.445.487	5.995.487.300.664	90,82	9,17	503.848.533.705

Fuente: Elaboración propia. BOOST, Ministerio de Hacienda.

Tabla N° 3
Aumento en el presupuesto vigente

Año	Presupuesto vigente	Diferencia absoluta	%
2006	2.250.050.190.554		
2007	2.534.826.965.302	284.776.774.748	13
2008	3.023.885.932.818	489.058.967.516	19
2009	3.547.706.164.579	523.820.231.761	17
2010	3.755.559.791.534	207.853.626.955	6
2011	4.532.362.683.797	776.802.892.263	21
2012	5.533.574.949.057	1.001.212.265.260	22
2013	5.576.794.530.004	43.219.580.947	1
2014	5.747.890.655.104	171.096.125.100	3
2015	6.601.304.445.487	853.413.790.383	15

Fuente: Elaboración propia. BOOST, Ministerio de Hacienda.

Pese a las normativas y los avances logrados en cobertura educativa, algunos estudios (IDH/PNUD, 2008; Informe de Progreso Educativo Paraguay, PREAL/ Instituto Desarrollo, 2013)¹ revelan la persistencia de grandes desigualdades sociales en el Paraguay, que se reproducen en su sistema educativo. Asimismo proponen grandes esfuerzos para superar las brechas todavía amplias en las tasas de escolarización por área de residencia, género y nivel de ingreso de las familias, logrando un acceso oportuno de los niños y niñas, y la permanencia dentro del sistema para garantizar una trayectoria educativa completa.

1 Dentro del periodo de este estudio –2006-2015– el Informe de Desarrollo Humano para Paraguay del año 2008, resalta que el promedio de años de estudio de un hombre adulto, residente en el área urbana, cuyo idioma principal en la casa es el castellano y perteneciente al quintil más alto de ingresos, era de 10,5 años más que el promedio de años de estudio de una mujer adulta que vive en el área rural, cuyo idioma principal es el guaraní y que pertenece al quintil más bajo de ingresos. El mismo informe, también revela que se observan déficits importantes en cobertura y calidad de la educación pre-escolar, básica y media. Existen problemas de repitencia en los 1º y 2º ciclos de la Educación Escolar Básica (EEB). En cuanto al acceso al 1º y 2º ciclos de la EEB se observan avances en la cobertura y en la reducción de las brechas por sexo, sin embargo, sigue habiendo déficit en cuanto a cobertura y retención de los niños, niñas y adolescentes en los diferentes ciclos educativos. En el tercer ciclo de la educación básica y en la educación media la cobertura se mantiene baja y se evidencian causas diferenciadas por sexo relacionadas con la inasistencia (PNUD, 2008).

2. Contexto

Los indicadores de contexto permiten dimensionar las acciones que el Estado debe realizar a fin de garantizar la educación a toda la población. Las cifras del volumen actual y del crecimiento estimado de la población, definen la magnitud de los esfuerzos a realizar por el sector educativo, en recursos humanos, materiales y financieros para garantizar que el Estado ofrezca educación gratuita y de calidad a toda la población en edad escolar. Cualquier cambio contextual puede afectar –positiva o negativamente– los resultados y el servicio educativo (DGPE/MEC, 2012). El Estado debe cumplir con su obligación de asegurar educación a todos los niños, niñas y adolescentes, independientemente de su nivel socioeconómico, área de residencia, sexo, condición étnica, etc.

La tasa de crecimiento es un indicador de contexto que determina la demanda en torno al acceso y seguimiento de las trayectorias educativas, y establece las necesidades de recursos para diferentes niveles educativos y áreas de residencia.

El crecimiento poblacional, entre el 2006 y el 2015, fue en promedio de 1,3; con mayor aumento en las áreas urbanas que en las rurales. En lo que respecta a la variable sexo, se verifica una ligera mayoría de varones (50,5%) por sobre las mujeres (49,5%); sin que ello signifique una variación importante (Tabla N° 4).

Tabla N° 4
Población total, por sexo y área de residencia, 2006-2015

Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	Total									
	5.877.323	5.974.666	6.071.781	6.168.757	6.265.877	6.363.276	6.461.041	6.559.027	6.657.232	6.755.756
	Sexo									
Hombres	2.970.854	3.019.704	3.068.356	3.116.847	3.165.316	3.213.839	3.262.466	3.311.123	3.359.806	3.408.566
	50,5	50,5	50,5	50,5	50,5	50,5	50,5	50,5	50,5	50,5
Mujeres	2.906.469	2.954.962	3.003.425	3.051.910	3.100.561	3.149.438	3.198.575	3.247.904	3.297.426	3.347.190
	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5	49,5
	Área de residencia									
Urbana	3.320.704	3.403.819	3.486.807	3.569.718	3.652.713	3.738.905	3.825.311	3.911.850	3.998.524	4.085.396
	56,5	57,0	57,4	57,9	58,3	58,8	59,2	59,6	60,1	60,5
Rural	2.556.619	2.570.847	2.584.974	2.599.039	2.613.163	2.624.371	2.635.730	2.647.177	2.658.708	2.670.360
	43,5	43,0	42,6	42,1	41,7	41,2	40,8	40,4	39,9	39,5

Fuente: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2006-2015.

2.1. Asistencia a una institución educativa

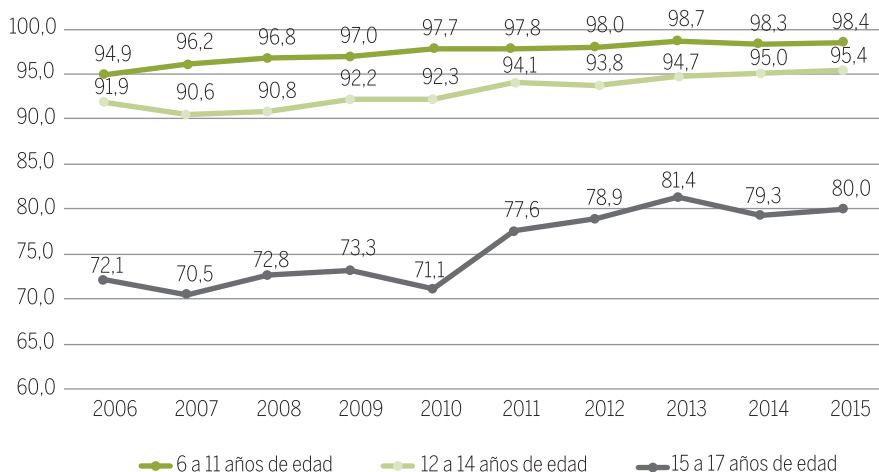
Del total de población entre los 3 y 5 años de edad, que por ley debería estar matriculada en la educación inicial, cerca del 60% no estaba matriculada en los años 2006-2015 (Tabla N° 5). Estos datos revelan un déficit en el acceso de la primera infancia, un primer aspecto de inequidad en educación que tiene impacto negativo en el logro de las trayectorias.

Dentro de la población de 6 a 17 años que asiste a una institución educativa (EEB 1, 2, 3 y EM), el mayor porcentaje de asistencia se da en los dos primeros ciclos de la EEB (6-11 años), con tasas cercanas a la universalidad. No obstante, existen diferencias entre tasa bruta de matrícula y tasa neta, evidenciando problemas de repitencias y sobreedad, factores causantes de deserción y de mayores costos para el sistema educativo (Tabla N° 6).

En tanto que en la EM (15-17 años), el acceso y la permanencia van disminuyendo, aun cuando desde el 2010 se establece como obligatoria y gratuita –Ley N° 4.088/10– (Tabla N° 6). El gráfico N° 1 muestra que en el periodo de estudio hay un leve aumento en la participación de personas de entre 15 y 17 años, sin embargo, evidencia al mismo tiempo un alto porcentaje de abandono.

Gráfico N° 1

Población de 6 a 17 años que asiste a una institución educativa por edad



Fuente: DGEEC. Paraguay. Proyección de la población nacional 2000-2025. Revisión 2015. EPH, 2015.

Tabla N° 5
Educación Inicial. Matrícula por año

Edad	Año									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
3 años	136.473	136.762	136.991	137.311	137.713	138.040	138.419	138.832	139.187	139.646
4 años	136.239	136.344	136.637	136.870	137.193	137.598	137.929	138.310	138.726	139.084
5 años	136.207	136.199	136.305	136.599	136.834	137.160	137.567	137.900	138.285	138.704
Total	408.919	409.305	409.933	410.780	411.740	412.798	413.915	415.043	416.198	417.434
Matriculados	151.063	151.538	157.078	154.663	155.440	153.189	152.133	155.049	158.153	169.956
Diferencia	257.856	257.767	252.855	256.117	256.300	259.609	261.782	259.994	258.045	247.478
% de la población fuera del sistema educativo	63	63	62	62	62	63	63	63	62	59

Fuente: MEC, DGPE, SIEC 1998-2014.
Fuente población: EPH/DGEC Proyección población 2025.

Tabla N° 6
Población de 6 a 17 años que asiste a una institución educativa

	Año										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
	1.736.348	1.759.145	1.754.436	1.718.067	1.747.030	1.717.314	1.706.519	1.714.711	1.609.806	1.625.564	
	Población de 6 a 17 años que asiste a una institución educativa										
Total	88,5	88,1	89,1	89,5	89,4	91,4	91,7	92,9	92,2	92,6	
Hombres	88,8	87,9	89,2	89,9	90,1	91,1	90,6	93,1	91,9	92,5	
Mujeres	88,2	88,3	89,0	89,1	88,6	91,7	92,8	92,7	92,5	92,6	
Urbana	92,2	92,5	93,7	93,9	92,9	94,7	93,4	95,4	94,6	95,2	
Rural	84,3	83,1	83,7	84,5	85,3	87,5	89,6	89,9	89,4	89,5	
6 a 11 años de edad	94,9	96,2	96,8	97,0	97,7	97,8	98,0	98,7	98,3	98,4	
12 a 14 años de edad	91,9	90,6	90,8	92,2	92,3	94,1	93,8	94,7	95,0	95,4	
15 a 17 años de edad	72,1	70,5	72,8	73,3	71,1	77,6	78,9	81,4	79,3	80,0	

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Permanente de Hogares 2006-2015.

Hubo mejorías en el acceso en todos los niveles, y por áreas de residencia. Esto es claramente vinculable al inicio de programas sociales, de impacto sobre variables de educación:

Los programas no contributivos como Tekoporã, Abrazo y pensión alimentaria muestran aumentos importantes en la cobertura, pero requieren ser ampliados a toda la población que tiene derecho a ser incluida y complementados con intervenciones de calidad desde la política educativa y la de salud. Su impacto no es menor en Paraguay. En 2015, la pobreza hubiera crecido en alrededor de 2 puntos porcentuales –4 puntos más en el caso de pobreza extrema rural– si estos programas no existían, con lo cual se hubiera roto la tendencia de los últimos 9 años.

[...]

Aunque el Programa Tekoporã no tiene el objetivo de reducir trabajo infantil, la condicionalidad de permanencia en la escuela y el aporte monetario para cubrir gastos familiares pudieron haber impactado positivamente en la incidencia del trabajo infantil. La evaluación encontró un impacto significativo para el grupo de niños de 4-9 años, en el resto de los grupos, se constata que los niños beneficiarios del programa combinan trabajo y escolaridad, más que abandonar por completo la primera de estas actividades (Serafini, 2017, pp. 30 y 35).

Analizando el presupuesto destinado al programa consolidación y mejoramiento de la Educación Inicial (EI) y Escolar Básica (EB), en sus componentes de complemento nutricional y Kit Escolar, se observa un sostenido aumento, y un alto promedio de ejecución presupuestaria (98%).

Respecto al kit de útiles escolares, el presupuesto a partir del 2010 tuvo un incremento significativo, logrando en promedio un 94% de ejecución en esos 6 años. La entrega del kit busca consolidar la gratuidad efectiva de la educación, y es responsabilidad del MEC proveer de estos materiales a los alumnos de distintos niveles y modalidades. Sin embargo, desde el inicio de su implementación, hubo críticas de escolares y de sus familias respecto a la entrega a destiempo, la llegada de kits incompletos y la baja calidad de los útiles².

2 Los medios de comunicación publicaron varias denuncias:
 2010, <http://www.ultimahora.com/en-encarnacion-el-kit-escolar-llega-incompleto-n308173.html>
 2012, <http://www.abc.com.py/edicion-impresas/interior/entregan-kits-escolares-incompletos-en-caazapa-386718.html>
<http://www.abc.com.py/edicion-impresas/locales/tres-meses-mas-tarde-estran-entregando-kits-a-maestros-400783.html>
 2013, <http://www.abc.com.py/edicion-impresas/locales/la-calculadora-no-funcionaba-638675.html>
 2014, <http://www.ultimahora.com/los-kits-escolares-no-superan-la-evaluacion-los-estudiantes-n832168.html>
 2015, <http://www.ultimahora.com/jovenes-critican-calidad-los-kits-n936689.html>
 2017, <http://www.abc.com.py/edicion-impresas/locales/alumnos-dicen-que-boligrafos-no-escriben-1569597.html>
<http://www.ultimahora.com/exigen-seleccionar-utiles-calidad-el-kit-2018-n1098676.html>

El aumento del gasto en complemento nutricional, por parte del MEC, es coincidente con la expansión del Almuerzo Escolar en las instituciones escolares de Asunción (Imas, 2016). Aun así, este derecho no está garantizado para todos los niños y niñas (Tabla N° 7 y 8).

Tabla N° 7
Educación inicial y escolar básica (1º, 2º y 3º ciclo). Total matriculados / presupuesto

Año	Total matriculados	Presupuesto vigente	Ejecutado	%
2006	1.381.249	993812431260	982008650516	98,8
2007	1.359.477	1116817942375	1104332544155	98,9
2008	1.347.191	1362433488168	1337091704038	98,1
2009	1.326.774	1463517322396	1444694905305	98,7
2010	1.318.209	1585338617373	1553491585981	98,0
2011	1.302.012	1807173226038	1744354039809	96,5
2012	1.285.071	2249441987150	2142646409700	95,3
2013	1.247.964	2321407307321	2249869140097	96,9
2014	1.263.612	2368570541988	2330208737279	98,4
2015	1.207.242	2597066349088	2519734478357	97,0

Fuente total matriculados. MEC, DGPE, SIEC 2006-2015.

*Nota: los datos se refieren a las instituciones educativas que presentaron planillas estadísticas en el año de referencia. Incluye solo educación inicial formal.

Fuente presupuesto: Elaboración a partir del BOOST, Ministerio de Hacienda.

Tabla N° 8
Matriculados por complemento nutricional y kit de útiles escolares

Año	Total matriculados*	Complemento nutricional ***			Kit de útiles escolares		
		Presupuesto	Ejecución	%	Presupuesto	Ejecución	%
2006	1.381.249	9.045.000.000	9.045.000.000	100	8.179.515.914	7.582.237.360	93
2007	1.359.477	9.045.000.000	5.203.165.910	58	6.638.332.119	6.369.229.650	96
2008	1.347.191	9.045.000.000	8.781.809.155	97	8.407.752.000	8.063.985.985	96
2009	1.326.774	12.545.000.000	11.145.825.184	89	9.407.752.000	9.407.749.965	100
2010	1.318.209	32.643.800.000	12.246.412.650	38	39.562.273.890	39.562.272.854	100
2011	1.302.012	53.203.970.940	30.940.994.727	58	46.249.678.869	44.366.474.862	96
2012	1.285.071	51.720.132.550	32.824.259.203	63	51.397.678.869	51.176.097.193	100
2013	1.247.964	103.200.641.680	70.762.043.280	69	47.487.145.248	42.007.216.781	88
2014	1.263.612	115.954.601.877	110.191.825.382	95	46.261.951.587	45.429.355.931	98
2015	1.207.242	96.282.041.877	81.537.841.807	85	68.667.493.326	54.659.733.740	80

Total matriculados. Fuente: MEC, DGPE, SIEC 2006-2015.

Presupuesto vigente / ejecutado. Fuente: BOOST

** Corresponde al presupuesto para Asunción

+ "Los montos destinados a los organismos ejecutores en concepto de complemento nutricional se encuentran dentro del subprograma 'Apoyo al Sector Educativo' y solo puede visualizarse mediante el objeto del gasto 848 (Transferencia para Complemento Nutricional en las Escuelas Públicas). Resulta imposible hacer una desagregación por Objeto del Gasto de lo destinado al CN porque el mismo se encuentra bajo la figura de un programa o subprograma. Lo mismo ocurre con el rubro destinado a AE debido a que el mismo se encuentra en todos los casos bajo el nombre del Sub-programa 'Implementación de Proyecto Almuerzo escolar'" (Imas, 2016).

Otra relevante variable de contexto es el nivel de alfabetismo, que también condiciona el clima educativo del hogar³. El 4,9% de la población de 15 años y más de edad se ha declarado analfabeta en el 2015 (Tabla N° 9). Si se observa por área, hay brechas notables entre la población urbana (2,6%) y rural (8,7%). También existen brechas de género: en la población masculina la tasa es de 4,2% de analfabetismo y en la femenina, de 5,6% (EPH, 2015).

Tabla N° 9
Tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años de edad, 2015

Total	Sexo		Áreas	
	hombres	mujeres	urbana	rural
4,9	4,2	5,6	2,6	8,7

Fuente: EPH, 2015.

Obs: La metodología utilizada para el cálculo del analfabetismo se basa en la variable sabe leer y escribir.

Los años de estudio de las personas adultas del hogar es un factor que incide en los logros educativos de niños, niñas y adolescentes, y explica entre el 40 y el 50% del impacto que ofrece el contexto socioeconómico y familiar, sobre el abandono escolar (CEPAL, 2000). En promedio, en la década estudiada, la población que se declara analfabeta constituye el 6% de la población de 15 años y más. Una mayor inversión pública en educación de personas jóvenes y adultas permitiría acortar estas brechas.

El MEC tiene programas de formación y educación de personas jóvenes y adultas (EPJA), con modalidades de alfabetización, educación básica, media y formación técnica profesional. En promedio, invierte en ellos un 3% de su presupuesto (Tabla N°11), que buscan bajar los índices de analfabetismo y mejorar los de alfa-

3 El SITEAL, propone una clasificación de **clima educativo** o el **capital cultural** del hogar (el promedio de años de escolaridad alcanzado por los miembros de 18 años y más del hogar) y al **nivel de ingresos per cápita familiares** en el caso de los hogares urbanos. En el caso del **clima educativo del hogar**, el SITEAL define como clima educativo bajo: el promedio de años de escolarización de los miembros de 18 años y más es inferior a 6; clima educativo medio: el promedio de años de escolarización de los miembros de 18 años y más oscila entre 6 y menos de 12; clima educativo alto: el promedio de años de escolarización de los miembros de 18 años y más es de 12 años o más. En cuanto al nivel de ingresos en hogares urbanos, define: ingresos per cápita familiares bajos: incluye al 30% de los hogares con menores ingresos; ingresos per cápita familiares medios: incluye a los hogares que se encuentran entre el percentil 30 y el percentil 60 de la distribución; ingresos per cápita familiares altos: incluye al 40% de los hogares con mayores ingresos.

betismo de las personas jóvenes y adultas, de manera a fortalecer la continuidad educativa. Esto requiere considerar las necesidades de aprendizaje de una población diversa, con expectativas y prioridades para desempeñarse de forma autónoma y mejorar sus condiciones de vida.

El presupuesto para la EPJA aumentó desde 2010. La Dirección General de Educación Permanente busca reposicionar la educación de personas jóvenes y adultas, mejorando la calidad de todas las ofertas –alfabetización, educación básica bilingüe, media, formación profesional- para dar respuestas a las necesidades de aprendizaje de la población joven y adulta. Uno de los supuestos de la política pública de EPJA 2011-2014, señala “los recursos financieros asignados son suficientes y oportunos” (MEC, 2011, p.75)⁴.

Los cambios en la política educativa dirigida a la población joven y adulta pudieron impactar en la disminución de la tasa de personas de 15 años y más que se declaran analfabetas en los últimos años (Tabla N° 10).

Tabla N° 10
Analfabetismo y promedio de años de estudio de la población de 10 años y más

INDICADOR	AÑO									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL										
Población de 15 años y más analfabeta* (%)	7,2	6,5	6,7	6,2	6,1	5,4	6,0	5,3	5,4	4,9
Promedio de años de estudio de la población de 10 años y más	7,3	7,5	7,6	7,8	7,7	8,1	8,1	8,4	8,5	---

Fuentes: DGEEC EPH/2006-2009. Elaboración propia MEC/DGPE/DIEE. Condiciones de Vida. 2010-2014; DGEEC/EPH 2010-2015.

4 El rubro destinado a formación de personas jóvenes y adultas no permite contar con información por modalidad.

Tabla N° 11
Total presupuesto para formación de personas jóvenes y adultas

Año	Total presupuesto MEC	014 - FOR. BAS. PERM. A LA POBL. JOV. Y AD.	014 - FOR. BAS. PERM. A LA POBL. JOV. Y AD. Y A LAS P. C/ NEC.ED.	08 - FORMACION DE PERSONAS JOVENES Y ADULTAS	%
2006	2.250.050.190.554		53.232.157.734		2,4
2007	2.534.826.965.302	63.606.480.284			2,5
2008	3.023.885.932.818	75.233.843.833			2,5
2009	3.547.706.164.579	80.597.209.952			2,3
2010	3.755.559.791.534	107.248.734.465			2,9
2011	4.532.362.683.797	159.639.546.919			3,5
2012	5.533.574.949.057	217.850.050.291			3,9
2013	5.576.794.530.004	200.725.733.539			3,6
2014	5.747.890.655.104	183.373.995.804			3,2
2015	6.601.304.445.487			218.633.746.132	3,3

Fuente: BOOST, Ministerio de Hacienda.

2.2. Situación de pobreza

La pobreza es otra variable en el análisis de la situación de la educación en Paraguay. Según los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH, 2016), en el 2015 la pobreza total afectaba a 26,58% de la población (1.768.890 personas). Entre el 2006 y el 2015, esta cifra se redujo en 22,3 puntos porcentuales. De modo que en el 2015 existen 1.054.784 menos personas pobres que en el 2006.

En términos absolutos, la mayoría de la población en situación de pobreza se encuentra en el área rural (988.564 personas). La pobreza extrema afecta al 5,42% de la población, también en su mayoría habitando áreas rurales (294.592 personas).

Tabla N° 12
Pobreza total y extrema 2006-2015

Año	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pobreza total	48,85	45,33	43,19	41,61	38,96	37,03	31,37	28,00	27,18	26,58
Pobreza extrema	15,18	13,93	10,47	11,27	11,77	11,76	7,38	5,69	5,47	5,42

Fuente: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 1997-2016 / EPH 2016. Nuevas series de pobreza monetaria en Paraguay.

Una causa del alto y persistente nivel de pobreza es la inequitativa distribución de los ingresos en el país. A nivel nacional, para el 2015, el coeficiente de Gini se sitúa en 0,4714. Entre los años 2010-2015, en el área urbana, este indicador se mantuvo en torno a 0,44 (excepto en 2012, cuando fue de 0,4147) y en el área rural varió entre 0,5705 y 0,4613 (Tabla N° 13). En el contexto sudamericano, Paraguay es el segundo país de más alto índice de desigualdad (0,536) (CEPAL, 2016).

Tabla N° 13
Coefficiente de Gini por área de residencia, periodo 2010-2015

Año	Urbana	Rural	Total País
2010	0,4586	0,5575	0,5124
2011	0,4696	0,5657	0,5199
2012	0,4147	0,5273	0,4755
2013	0,4473	0,4894	0,4774
2014	0,4596	0,5705	0,5102
2015	0,4431	0,4613	0,4714

Fuente: Encuesta de Hogares 2015. DGEEC.

2.3. Participación laboral

Otra variable de contexto es la participación laboral. Según la EPH 2015, la tasa de participación laboral (población ocupada o desocupada respecto a la población total en edad de trabajar) es del 61,6%, con porcentajes similares en áreas urbanas

y rurales (61,8% y 61,3%, respectivamente) y bien superiores en hombres respecto a mujeres (73,8% y 50%, respectivamente). El subempleo total fue de 23,5% en el 2006, y fue en aumento hasta el 2008, para descender levemente a partir del 2010.

En el total de la población asalariada, existe mayor participación de hombres (69,2) que de mujeres (30,8)⁵. La población ocupada asalariada es básicamente urbana (75% en promedio, en la década estudiada). También la mayoría de la población ocupada en forma independiente, en ese lapso, fue masculina (59,3%). En general, tienen ligera mayoría en áreas rurales (52,9%), aunque en el 2015, los trabajadores por cuenta propia de áreas urbanas tuvieron mayor participación (51,5%).

En relación con los años de formación, la mayoría de la PEA ocupada como empleado público y privado tiene entre 7 y 12 años de estudio (promedio 44,3%). Mientras la mayoría de trabajadores independientes tiene entre 0 y 6 años de estudio (61,2, en promedio, tasa que disminuyó desde el 2006 (67,4%) al 2015 (53,3%) (Tabla N° 14). Estos datos evidencian, entre los trabajadores independientes (hombres y mujeres), una inserción laboral temprana, al priorizar la necesidad de trabajar sobre la de lograr mayor educación.

El crecimiento poblacional promedio entre el 2006 y el 2015 fue de 1,3%. Ya se vio que la población mayoritariamente afectada por la pobreza y la pobreza extrema es la rural, que también presenta un porcentaje de población que se declara analfabeta más alto (8,7%).

Erradicar la pobreza e impartir educación de calidad, equitativa e inclusiva a todas las personas, son dos ODS, estrechamente relacionados entre sí. De no revertirse la situación expuesta, ambos ODS podrían no ser cumplidos por el Paraguay. La UNESCO sostiene que, si todos los adultos culminaran la enseñanza secundaria, la tasa de pobreza mundial disminuiría en más de la mitad (UNESCO, 2017).

5 Los resultados de la Encuesta Uso del Tiempo realizada en 2016, dan cuenta de importantes desigualdades de género en la asignación del tiempo entre trabajo remunerado y no remunerado. Una mayor proporción de hombres (65,5%) que de mujeres (42,2%) participan en actividades productivas. Ellos además le dedican más horas a la semana (49,5 horas) que las mujeres (40,4 horas).

Tabla N° 14
Población ocupada por año, según sexo, área de residencia y años de estudio

Población ocupada asalariada (empleados públicos y privados) por año, según características											
Características	Año										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Total	1.026.106	1.114.903	1.226.495	1.226.295	1.285.805	1.396.733	1.461.761	1.559.342	1.585.773	1.611.497	
Sexo											
Hombres	70,5	71,4	70,8	70,1	72,4	67,9	68,5	65,8	68,2	66,7	
Mujeres	29,5	28,6	29,2	29,9	27,6	32,1	31,5	34,2	31,8	33,3	
Área de residencia											
Urbana	76,1	74,6	74,9	76,1	76,2	75,8	76,3	72,7	74,0	73,1	
Rural	23,9	25,4	25,1	23,9	23,8	24,2	23,7	27,3	26,0	26,9	
Años de estudio											
0 a 6 años	30,7	29,3	28,3	26,7	28,4	23,6	24,1	23,6	21,5	20,6	
7 a 12 años	43,1	45,2	45,1	47,1	45,0	44,3	45,6	40,5	43,7	43,2	
13 a 18 años	26,2	25,4	26,5	26,1	26,6	32,0	30,2	35,8	34,6	36,1	
No disponible	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	

(Continuación Tabla N° 14)

Población ocupada independiente (empleador/patrón y trabajador por cuenta propia) por año, según características											
Características	Año										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Total	1.046.434	1.128.750	1.089.764	1.197.282	1.118.600	1.164.775	1.309.701	1.215.974	1.219.811	1.172.423	
Sexo											
Hombres	61,4	58,8	60,3	59,5	60,0	58,6	55,3	58,4	58,3	62,0	
Mujeres	38,6	41,2	39,7	40,5	40,0	41,4	44,7	41,6	41,7	38,0	
Área de residencia											
Urbana	45,3	46,8	47,3	46,4	45,9	47,1	45,8	47,6	47,3	51,5	
Rural	54,7	53,2	52,7	53,6	54,1	52,9	54,2	52,4	52,7	48,5	
Años de estudio											
0 a 6 años	67,4	65,3	64,0	62,6	63,7	61,2	60,4	57,9	56,7	53,3	
7 a 12 años	26,5	27,5	27,0	28,0	28,7	29,0	30,8	30,9	31,8	34,0	
13 a 18 años	6,0	7,2	8,9	9,2	7,6	9,8	8,6	11,2	11,5	12,7	
No disponible	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares 2006-2015.

3. Cobertura y eficiencia interna

3.1. Matrícula: Acceso de niños y niñas a la educación y culminación de la EEB

Respecto a la matrícula, los datos de la EPH (2014), muestran que de 100 niños y niñas que ingresaron en el 2006, unos 46 en promedio no lograron completar los tres ciclos de la EEB (9 años). Como puede observarse en la tabla N°15, el promedio fue aumentando, pero se requieren mayores esfuerzos para que el 100% de los niños y niñas logren completar al menos 9 años de estudios. En términos de presupuesto, significa seguir invirtiendo para mejorar la educación básica, y además elevar la inversión en educación de personas jóvenes y adultas, en nivel inicial y el medio⁶. La CEPAL estima que, para contar con 90% o más de probabilidades de no caer, o no seguir, en la pobreza, se requiere un mínimo de 10 a 12 años de educación formal (CEPAL, 2000).

Tabla N° 15
Promedio de egreso. Educación Escolar Básica (cohorte 9 años)

Años	1998-2006	1999-2007	2000-2008	2001-2009	2002-2010	2003-2011	2004-2012	2005-2013	2006-2014
Total	42,7	43,5	43,7	44,6	48,0	48,3	48,6	50,4	53,8

Fuente: MEC, DGPE, SIEC 1998-2014

Nota: Se refiere a los aprobados en los exámenes ordinarios, complementarios, regularización y extraordinarios.

En el 2013, en el nivel medio (15 a 17 años), el 70% de los que se matricularon llegaron al egreso. Pero del total que ingresa al primer grado, solamente 35% llegan a egresar del tercero de la educación media (12 años de escolaridad) (EPH/DGEEC, 2013).

En el 2015 (EPH/DGEEC), el promedio de años de estudio de la población de 25 años y más de edad es de 8,75 años. Esta cifra cae en el área rural (6,48 años), es decir, no logran terminar siquiera la educación básica (tercer ciclo), y es mucho más alta en el área urbana (de 10,14 años), unos 3,66 años más que la población

6 En el periodo 2008-2012, el programa Emblemático de Educación tuvo como ejes prioritarios el combate al analfabetismo adulto, la ampliación de la cobertura de educación inicial y media y la reducción de los obstáculos económicos para el acceso y la permanencia en el sistema escolar de la niñez y juventud y el mejoramiento y equipamiento de la infraestructura escolar (Serafini, 2012, p.38).

rural. Aun así, un porcentaje importante de la población urbana no termina la educación media (12 años de estudio).

Entre los años 2006 y 2015, a nivel nacional, el mayor promedio de matriculación se ha dado en la EEB, dentro de los ciclos 1 y 2, seguido por el ciclo 3 de la EEB, la EM (Bachillerato Científico y Técnico) y finalmente, la Educación Inicial –EI–. Hubo mayor nivel de matriculación en la EI en el 2015, y menor en el 2006. En el 2010 fue aprobada la Ley N° 4.088/10, que establece la obligatoriedad y gratuidad de la Educación Inicial, pero la normativa aún no generó un aumento significativo en la matriculación en este nivel.

Restando del total de la población en edad de estar dentro de la EI –niños y niñas matriculados– una altísima tasa (62,2%) no está matriculada. Desde el inicio, casi dos de cada cinco niños y niñas (un 37,8%) empiezan la EEB en mejores condiciones que los tres restantes (62,2%) (Tabla N°5 y 16).

En el tercer ciclo de la Escolar Básica, el mayor nivel de matriculación se dio en el año 2011, mientras que el menor nivel se dio en el año 2015. Al comparar el total de matriculación con el total de la población con las edades correspondientes a este nivel (12 a 14 años), surge un 21,2% de adolescentes que se encuentra fuera del sistema educativo. El mayor porcentaje se registró (24,2%) en el año 2015.

En el caso del Bachillerato Científico y Técnico de la Educación Media (15 a 17 años de edad), la mayor matriculación se registró en el año 2014, y la menor en el 2006 (Tabla N°17).

Tabla N° 16
Matrícula total - Educación Escolar Básica 1° y 2° Ciclo

		Año										
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Matrícula total - Educación Escolar Básica 1° y 2° Ciclo		913.056	893.013	871.261	850.573	833.487	814.651	802.541	772.090	790.701	727.319	
Primer ciclo - edades	6	136.189	136.222	136.214	136.321	136.616	136.853	137.181	137.592	137.928	138.317	
	7	136.906	136.212	136.246	136.238	136.345	136.642	136.882	137.212	137.626	137.967	
	8	136.882	136.935	136.241	136.274	136.267	136.377	136.676	136.918	137.252	137.670	
Segundo ciclo - edades	9	136.618	136.914	136.967	136.273	136.307	136.302	136.413	136.715	136.960	137.298	
	10	136.191	136.615	136.910	136.962	136.270	136.306	136.304	136.418	136.724	136.974	
	11	135.585	136.152	136.575	136.868	136.922	136.232	136.272	136.273	136.393	136.704	
Población		818.371 (94.686)	819.051 (73.962)	819.153 (52.108)	818.936 (31.637)	818.727 (14.760)	818.712 (4.061)	819.726 (17.185)	821.128 (49.038)	822.884 (32.183)	824.930 (97.611)	

	niños con edades no oficiales						grupo que no asiste				
	4,9	4,1	4,5	5,2	4,8	4,6	4,6	4,3	4,1	3,7	
Repitencia Educación Escolar Básica 1° y 2° ciclo	20,1	19,2	18,5	17,9	17,4	16,3	16,0	15,9	14,9	14,5	
Sobriedad Educación Escolar Básica 1° y 2° ciclo											

Fuente: MEC, DGPE, SIEC 1998-2014.

Tabla N° 17
Matrícula total por nivel

Matrícula total por nivel	Año										
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Educación Inicial	151.063	151.538	157.078	154.663	155.440	153.189	152.133	155.049	158.153	169.956	
Educación Escolar Básica 1° y 2° Ciclo.	913.056	893.013	871.261	850.573	833.487	814.651	802.541	772.090	790.701	727.319	
Educación Escolar Básica 3° Ciclo	317.130	314.926	318.852	321.538	329.282	334.172	330.397	320.825	314.758	309.967	
Educación Media (Bachillerato Científico y Técnico)	210.623	215.297	222.379	225.910	229.071	242.228	248.599	254.189	256.308	252.686	
Matriculación total	1.591.872	1.574.774	1.569.570	1.552.684	1.547.280	1.544.240	1.533.670	1.502.153	1.519.920	1.459.928	
Población total de entre 3 y 17 años	3.396.373	3.366.852	3.363.527	3.333.287	3.325.641	3.332.719	3.317.951	3.260.508	3.298.162	3.174.557	
Fuera del sistema	1.804.501	1.792.078	1.793.957	1.780.603	1.778.361	1.788.479	1.784.281	1.758.355	1.778.242	1.714.629	
% fuera del sistema	53,1	53,2	53,3	53,4	53,5	53,7	53,8	53,9	53,9	54,0	

Fuente: MEC, DGPE, SIEC 2006-2015.

DGEEC. Paraguay. Población nacional estimada y proyectada por sexo y edad, 2000-2025.

Nota: Los datos se refieren a las instituciones educativas que presentaron planilla estadística en el año de referencia.

Finalmente, los datos demuestran que la matrícula aumentó en la mayoría de los niveles del sistema educativo. No obstante, hay una importante cantidad de jóvenes entre 13 y 17 años, no matriculados en el nivel educativo que corresponde a su edad, lo que sitúa a Paraguay entre los países con menor tasa neta de escolarización secundaria en la región (PREAL – Instituto Desarrollo, 2013).

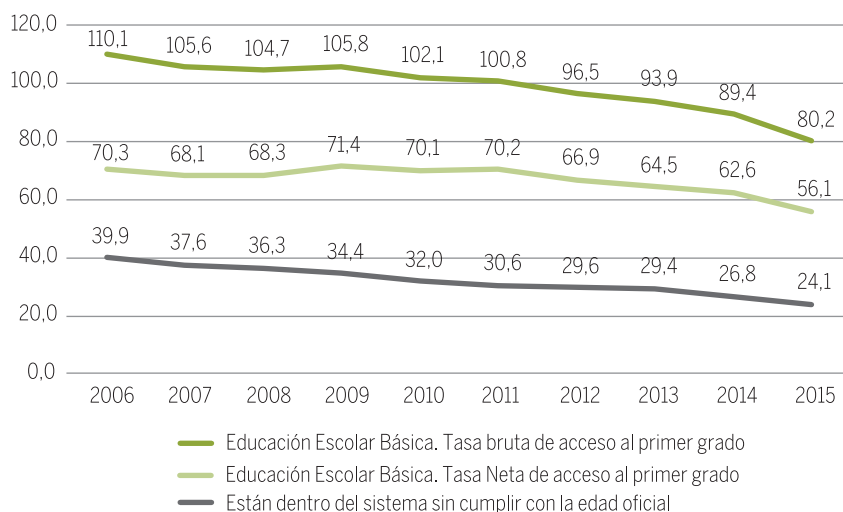
3.2. Tasa Neta de Ingreso y Tasa Bruta de Acceso

Según los datos para el primer grado, el promedio de la tasa bruta⁷ de acceso a la Educación Escolar Básica es mayor (98,9) que la tasa neta (66,9). La mayor tasa bruta se ha registrado en el año 2006 (110,1), y la menor en el 2015 (80,2). La mayor tasa neta fue en el año 2009 (71,4), y la menor también en el 2015 (56,1), pero en general muestra una tendencia decreciente. En el lapso estudiado, un promedio de 32,1 no se encuentra dentro de los rangos de edades oficiales para el primer grado. Esto exige esfuerzos importantes no solo para garantizar la matriculación, sino que esta ocurra en las edades pertinentes. Se evitará así una desventaja de inicio entre los niños y niñas que son matriculados en las edades correspondientes, y aquellos que inician la educación con sobriedad.

7 La tasa bruta de acceso (TBA) a los diferentes niveles se construye atendiendo al número de alumnos matriculados por primera vez en el primer grado de la enseñanza primaria, sea cual sea su edad, expresado en porcentaje de la población con la edad oficial para entrar en la enseñanza primaria. Su propósito principal es indicar el nivel general de acceso a la educación primaria y la capacidad del sistema educativo para proporcionar acceso al primer grado de este nivel educativo a la población en edad escolar oficial. Por su parte, la tasa neta de ingreso (TNI) en el primer grado de primaria se refiere al número de alumnos matriculados por primera vez en el primer grado de educación primaria que tienen la edad oficial para ingresar en la educación primaria, expresado en porcentaje de la población de la misma edad. Esta tasa pretende medir con exactitud el acceso a la educación primaria por parte de la población en edad de ingresar a la educación primaria, para ello se divide el número de matriculados en edad oficial de ingresar a la escuela primaria que cursan por primera vez el primer grado por la población del mismo grupo de edad, y multiplicar el resultado por 100 (Serafini, 2012, p.38).

Gráfico N° 2

Educación Escolar Básica. Tasa bruta y neta de acceso al primer grado



Fuente: MEC, DGPE, SIEC 2006-2015.

Se considera la población de 6 años de edad.

STP. DGEEC. Paraguay. "Proyección de la población total. Período 2000-2025". Base Censo 2012.

La Tabla N° 18 ilustra los promedios de las tasas brutas y netas de acceso al sistema educativo por niveles. La EEB, dentro del tercer ciclo, es la que precisa mayor atención: si bien las tasas brutas y netas no son tan elevadas, existe una diferencia considerable entre ellas, indicando no solo una debilidad en la cobertura, sino también el acceso irregular de alumnos en términos de edades.

Tabla N° 18

Promedio de Tasa Bruta y Neta por niveles

Resumen de Tasas por Nivel	Promedio - TB	Promedio - TN	Diferencia
Preescolar	83,1	69,2	13,9
Educación Escolar Básica 1° y 2° ciclo	100,8	86,9	13,9
Educación Escolar Básica 3° ciclo	78,8	59,2	19,5
Educación Media	58,5	44,8	13,6

Fuente: MEC, DGPE, SIEC 2006-2015.

STP. DGEEC. Paraguay. "Proyección de la población total. Período 2000-2025". Base Censo 2012.

La tasa bruta de asistencia permite identificar problemas del sistema, si se la relaciona con la tasa neta de matrícula. La diferencia entre las tasas neta y bruta de matrícula o asistencia permite estimar la cantidad de alumnos del nivel que son repitentes o tienen una edad mayor a la reglamentaria. Mientras mayor es la diferencia entre las dos tasas, más graves podrían ser los problemas de repetición escolar o de alumnos con edades no correspondientes a las establecidas. Esto tiene un impacto directo tanto en las economías de las familias como en los costos por alumno para el Estado.

4. Indicadores de eficiencia del sistema educativo

Los indicadores de eficiencia buscan medir la capacidad del sistema educativo de retener a la población que se matricula, y promoverla con fluidez de un grado al siguiente, hasta lograr la culminación del respectivo nivel o ciclo. Los más utilizados son los de repitencia, deserción, retención, sobreedad y la tasa de egreso (MEC, 2008).

4.1. Repitencia

La repitencia expresa las dificultades que tienen algunos alumnos/as de aprobar sus cursos respectivos, al no lograr las competencias necesarias para pasar a los niveles siguientes de formación. Altas tasas de este indicador indican graves problemas de eficiencia interna de un sistema educativo. Los motivos de la repitencia pueden ser tanto por abandono como por aplazo (MEC, 2008).

El periodo estudiado registra el mayor promedio de repitencia dentro de la Educación Escolar Básica –EEB– del 1 y 2 ciclo. Los más altos niveles de repitencia se dieron en los años 2009, 2010 y 2012, con un promedio de 2,3. En la EEB, se registró la mayor repitencia en el año 2012 (1,3) y la menor en el 2006 (0,8).

La repitencia disminuye las probabilidades que tienen alumnos y alumnas de concluir o proseguir con sus estudios. Esta situación influye negativamente en la economía de la educación y de las propias familias, y es considerada como un factor de inequidad que afecta el futuro educativo o laboral del repitente.

4.2. Abandono

El abandono es el alejamiento de un alumno de una institución educativa antes de haber finalizado la etapa en curso. Una causa mayor de la deserción entre jóvenes de la educación media es la situación económica en el hogar, que los empuja tempranamente al trabajo remunerado; además de otros factores relacionados al entorno familiar. El abandono es un problema social serio, porque las personas que no completan a cabalidad la formación obligatoria, carecen de las competencias necesarias para insertarse de manera exitosa al mercado laboral y se encuentran en desventaja ante aquellas que sí completaron sus estudios (OCDE/CEPAL/CAF, 2016).

En el lapso de estudio, el porcentaje de abandono (salidos) escolar en promedio ha sido mayor dentro del tercer ciclo de la Escolar Básica (4,8), con su pico más alto en el 2007 (5,4).

Gráfico N° 3
Promedio - Total porcentaje de salidos por niveles, por año

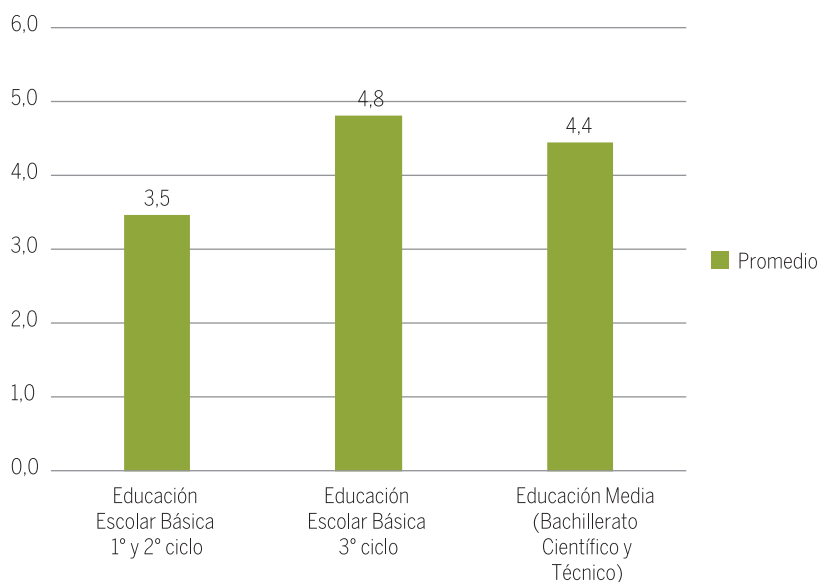
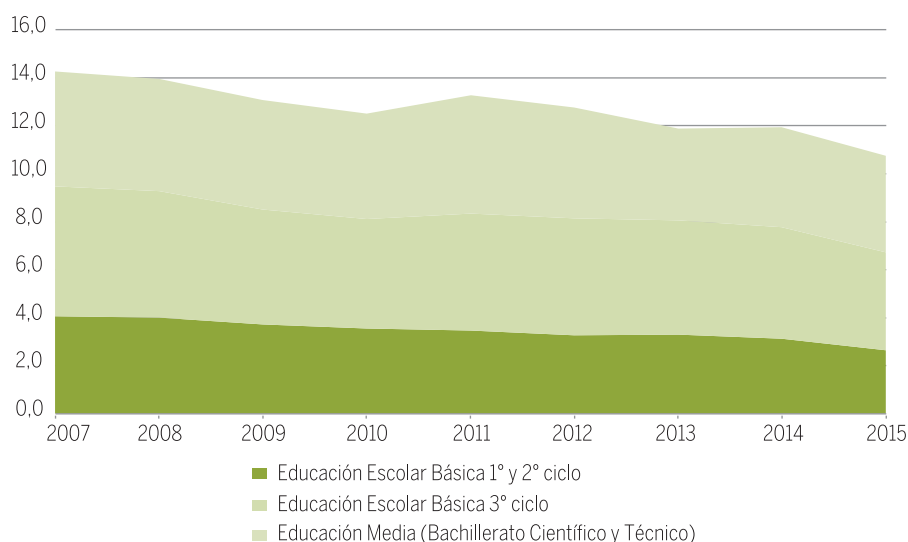


Gráfico N° 4
Total porcentaje de salidos por niveles, por año



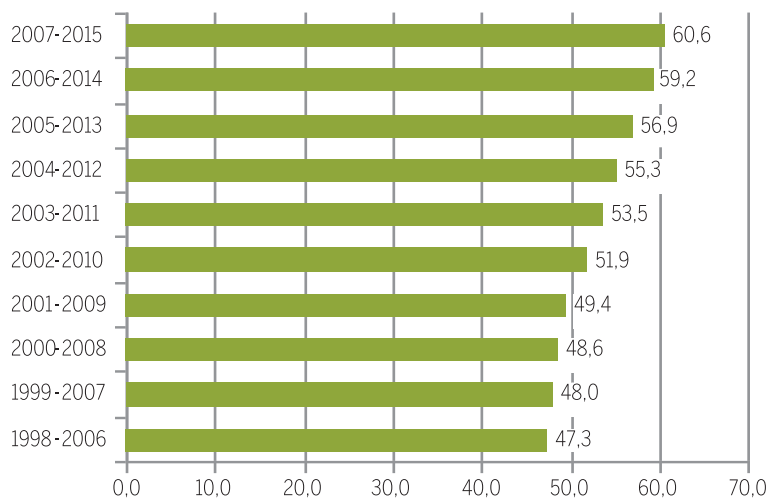
Fuente: MEC, DGPE, SIEC 2006-2015.

La EEB, dentro de los ciclos 1, 2 y 3, a nivel país, en el 2007 registró sus mayores porcentajes de abandono (4,1% y 5,4% respectivamente). Los menores en la EEB 1 y 2, se dieron en el año 2015 (2,6%) y EEB 3, en el 2010 (4,6%). En el tercer ciclo, de Bachillerato Científico y Técnico, a nivel país, el año 2011 registró el mayor porcentaje (5%), mientras que el menor se dio en el año 2013 (3,8%).

4.3. Retención y egreso

Dentro de la EEB, el comportamiento de la cohorte de 9 años presenta mayor tasa de retención entre el 2007 y 2015 (60,6). El acceso al derecho a la alimentación escolar y al kit de útiles pudo haber incidido en ese cambio. En el 2014, se promulga y reglamenta la Ley N° 5.210 de Alimentación Escolar y Control Sanitario, estableciendo los derechos de la alimentación y la salud del estudiante. En tanto que, desde su implementación, el programa de provisión de útiles escolares buscó, a través de la provisión de útiles escolares, que niños y niñas ampliaran y completaran la trayectoria educativa.

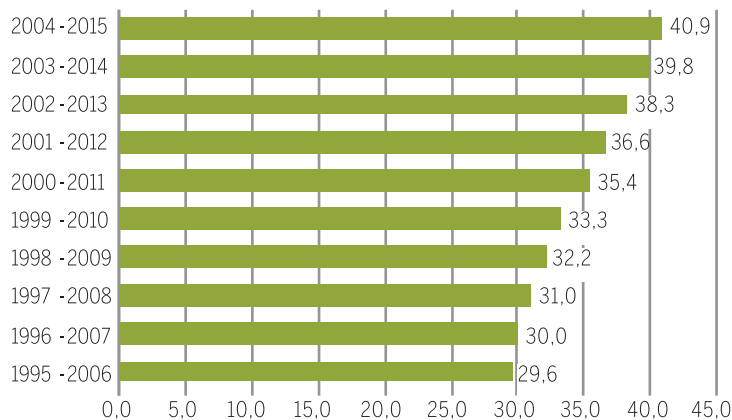
Gráfico N° 5
EEB a nivel país. Cohorte 9



Fuente: MEC, DGPE, SIEC 1995-2015.

Dentro de la cohorte de 12 años, se observa que una mayor tasa de retención se dio entre el 2004-2015 (40,9), y una menor entre 1995-2006 (29,6).

Gráfico N° 6
EM a nivel país. Cohorte 12 años



Fuente: MEC, DGPE, SIEC 1995-2015.

Respecto al egreso, dentro de la Educación Escolar Básica, la cohorte de 2006-2014 es la que presenta la mayor tasa de egreso (53,8); la menor tasa se registra en la cohorte de 1998-2006 (42,7). Esto indicaría mejoras –insuficientes– en la retención, que hoy ronda el 60%.

4.4. Sobreedad

Dentro del primer y segundo ciclos de la EEB, el mayor porcentaje de sobreedad⁸ se registró en el año 2006 (20,1) y el menor en el año 2015 (14,5). En el tercer ciclo de la EEB, el mayor porcentaje de sobreedad se dio también en el año 2006 (22,2).

Este problema estaría vinculado al acceso tardío, y agudizado por la repitencia. El ingreso tardío se asocia en general a diferentes problemas: por ejemplo, la dificultad de acceso a los servicios, en particular en zonas rurales. Otras veces podría estar asociado a situaciones de pobreza, especialmente en casos donde los niños y niñas de zonas rurales deben apoyar en las actividades económicas de sus familias.

5. Recursos

La eficiencia del sistema educativo depende en parte de la disponibilidad de los recursos financieros. La educación básica gratuita y obligatoria estaba ya sancionada en el ordenamiento jurídico paraguayo. En el 2010 otra ley buscó “salvaguardar el derecho a la educación al extender la gratuidad al nivel escolar medio. Esta medida fue aprobada bajo la consideración de que la educación gratuita sería de aplicación progresiva y para cubrir gastos de matrículas y canasta básica de útiles escolares” (UNESCO, 2014).

Las inversiones realizadas en la educación tienen un efecto significativo en la calidad de la misma. Sin recursos no puede implementarse de manera eficiente y eficaz la política educativa; “la ausencia de los recursos escolares más básicos, como infraestructura, libros de textos y materiales didácticos adecuados tienen un impacto en el desempeño de los estudiantes” (MEC, Estadística Educativa, 2009).

8 La sobreedad es un indicador que se refiere a aquellos estudiantes de mayor edad a la correspondiente al año de estudio que cursan. Esta situación puede obedecer a un ingreso tardío al sistema, a la repitencia de uno o más años de estudio o al abandono de la escuela por un tiempo y su posterior reincorporación (MEC, 2012).

5.1 Recursos financieros

El gasto en educación (total y público) se mide respecto al Producto Interno Bruto (PIB) y al gasto público total, para evaluar los esfuerzos de cada país en materia educativa. Al relacionarlo con el gasto público total, puede evaluarse y dimensionar la prioridad presupuestaria que el Estado asigna a la educación (Estadística Educativa, 2008). Es decir, “el gasto público, especialmente en sus componentes sociales, representa una de las modalidades a través de las cuales cualquier Estado responsable aspira incidir en mejorar la distribución social y la calidad de vida de la población” (Finanzas Públicas, 2008).

Al comparar el porcentaje del gasto público en educación sobre el gasto público total, la tasa más alta se dio en los años 2008 (21,8%) y 2009 (20,3%). En promedio, Paraguay destinó en el lapso estudiado un 4,3% del PIB, y el 19,5% del gasto público total al financiamiento de la educación. Debe recordarse que en la distribución de ese gasto público, en promedio un 93% corresponde a gastos corrientes, siendo mínima la parte del total asignada a inversiones.

Tabla N° 19
Gastos Educativos por año

INDICADOR	2007	2008*	2009*	2010	2011	2012	2013 *	2014 *	2015 *	Prom.
Gasto público en educación como porcentaje (%) del gasto público total.	19,4	21,8	20,3	18,8	18,7	19,6	19,9	19,1	18,4	19,5
Gasto público en educación como porcentaje (%) del PIB.	3,5	3,7	4,3	3,8	4,97	4,96	4,7	4,5	4,6	4,3
Distribución del gasto público en educación por nivel (%).	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0
Distribución del gasto público total en gastos de capital por nivel educativo (%).	8,2	5,7	8,5	6,52	7,9	8,4	6,7	6,1	5,4	7,0

INDICADOR	2007	2008*	2009*	2010	2011	2012	2013 *	2014 *	2015 *	Prom.
Distribución del gasto público total en gastos corrientes por nivel educativo (%).	91,8	94,3	91,5	93,5	92,1	91,6	93,3	93,9	94,6	93,0

Fuente: Ministerio de Hacienda. Banco Central del Paraguay. Elaboración propia.

* Los datos son preliminares.

* Las instituciones que se tienen en cuenta para el cálculo de la Inversión Pública en Educación son: Ministerio de Educación y Ciencias (MEC), Gobiernos Departamentales, Gobiernos Municipales, Universidades y otros Ministerios.

5.2. Docentes

En el periodo de estudio, hubo un aumento en la cantidad de docentes distribuidos en todos los niveles: el mayor se registró en el año 2014, con 75.406 docentes, aunque el 2015 hubo una leve disminución.

Gráfico N° 7
Total de docentes por año



Fuente: MEC-DGPE. SIEC 2007.

La distribución de docentes por niveles educativos muestra que la Educación Inicial ha registrado un aumento, con su pico más alto en el 2014 (9.272). La misma tendencia se dio en la Educación Media, que en el 2015 totalizó 28.126 docentes. En el primer y segundo ciclo de la Escolar Básica hubo una disminución gradual entre el 2007 y el 2015, de 1.942 docentes. Esto señala los esfuerzos necesarios en estos dos niveles, que también muestran porcentajes bajos de matriculados y retención.

Tabla N° 20
EI, EEB y EM. Total docente por nivel ciclo

Años	Educación Inicial	Educación Escolar Básica		Educación Media	Total
		1º y 2º ciclo	3º ciclo		
2007	8.223	36.426	27.411	24.330	71.091
2008	8.346	36.419	28.141	25.073	71.752
2009	8.404	36.364	28.861	25.814	72.495
2010	8.295	36.052	29.181	26.064	72.497
2011	8.316	35.592	29.890	26.434	72.507
2012	8.377	35.513	30.391	26.885	73.125
2013	8.492	35.667	31.156	27.358	74.318
2014	9.272	35.563	31.532	27.976	75.406
2015	9.057	34.484	31.364	28.126	74.110

Fuente: MEC-DGPE. SIEC 2007.

Un aumento en la cantidad de docentes no implica que estos cuenten con las competencias necesarias para ejercer el rol. En el 2016, una tasa tan alta como el 53% de los docentes que rindieron un examen escrito del concurso público de oposición organizado por el MEC, reprobaron el examen. Del total de 10.874 profesores examinados, aprobaron sólo 5.153 (47%) (Reprobaron el examen escrito del MEC el 53% de docentes, UH, 18 de febrero de 2016).

Un aspecto a debatir es el de la formación de los docentes y su inserción laboral, como señala Morduchowicz (2011):

[...] en los hechos, los establecimientos a los que concurren alumnos pobres o marginales con déficit en capital sociocultural constituyen la tradicional vía de acceso a la carrera de los docentes recién graduados que continúan, a medida que se adquiere antigüedad en el sistema, en escuelas menos conflictivas. En los últimos años se comenzó a observar que este circuito se habría modificado (y agravado) ya que quienes trabajan en estos establecimientos provienen de esos mismos bajos estratos de ingresos y capital cultural (p.19).

5.3. Instituciones

Existen instituciones que ofrecen más de un nivel/modalidad, por lo que en la Tabla N° 21 se contabilizan en más de una. El total en la tabla N° 22 es la cantidad neta de instituciones habilitadas por el MEC, independientemente de los niveles/modalidades ofrecidas.

Las instituciones oficiales abarcan la gran mayoría del total, y tuvieron un ligero aumento en el periodo 2007-2014. En el sector privado y subvencionado hubo una disminución de instituciones educativas en el mismo lapso: había 231 instituciones menos en el sector privado y 68 menos en el privado subvencionado en el 2014. Esta caída podría responder a la implementación de la obligatoriedad y gratuidad de la Educación Inicial y Educación Media (Ley N° 4.088/10; Decreto N° 6.162/11)

Tabla N° 21
Cantidad de instituciones

Año	Oficial	Privado	P. Subv.	Total
2007	9.041	1.261	784	11.086
2008	9.099	1.289	778	11.036
2009	9.215	1.252	769	11.101
2010	9.163	1.095	714	10.972
2011	9.171	1.073	725	10.969
2012	9.165	1.131	744	10.907
2013	9.182	1.089	734	10.863
2014	9.077	1.030	716	10.695

Fuente: MEC, DGPE, SIEC 2007-2014.

Tabla N° 22
Total de instituciones por año, según nivel/programas

Programas	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Educ. Inicial Formal	5.638	5.689	5.728	5.757	5.799	5.834	5.901	5.855
Educ. Inicial No Formal	90	84	66	63	48	48	45	40
Educ. Escolar Básica	8.261	8.268	8.272	8.252	8.273	8.258	8.285	8.229
Educ. Media	2.272	2.339	2.398	2.430	2.463	2.513	2.580	2.590
Educación Media Abierta	-	-	-	37	56	67	73	80
Formación Profesional no bachillerato	16	19	19	18	17	19	18	17
Educ. Especial	63	74	78	76	85	78	70	77
Educ. Básica Bilingüe para Jóvenes y Adultos	1.171	1.189	1.216	1.176	1.168	1.121	1.110	1.035
Alfabetización	55	38	9	4	4	-	-	-
Educ. Media Alternativa para Jóvenes y Adultos	89	72	97	79	89	62	184	177
Educ. Media a distancia para Jóvenes y Adultos	61	85	109	108	112	115	-	-
Formación Profesional	364	400	388	376	345	319	256	187
Formación Profesional Inicial	474	480	484	477	483	494	650	482
Educación Técnica Superior	77	61	33	31	29	37	32	43
Formación Docente Inicial	89	66	56	56	49	39	40	41
Formación Docente Profesionalización	17	18	24	15	17	13	14	11
Formación Docente Especialización	14	20	22	22	21	17	22	21
Total	11.086	11.036	11.101	10.972	10.969	10.907	10.863	10.695

Fuente: MEC, DGPE, SIEC 2007-2014.

Los datos presentados permiten reflexionar sobre el rol del sistema educativo en la reducción de las brechas socioeconómicas. De acuerdo a Cohen (2012), el aumento de los conocimientos y de las competencias puede ayudar al aumento de la productividad en el trabajo, lo que genera beneficios a las personas y a la sociedad.

Conclusiones

Independientemente a las normativas y a los avances ocurridos en el ámbito educativo, siguen vigentes las desigualdades sociales, que se reproducen en el sistema educativo. Esto exige esfuerzos adicionales del Estado para superar las brechas. Se remarca la responsabilidad del Estado de asegurar a toda la población el acceso a una educación de calidad, sin discriminaciones, de modo a sentar condiciones para la igualdad de oportunidades.

El acceso universal a la educación permite tanto reducir las brechas como disminuir los niveles de pobreza del país. Las personas sin las competencias necesarias para participar social y económicamente generan costos adicionales a su familia y al Estado. Debe asegurarse, por lo tanto, un sistema justo e incluyente, que permita a todas las personas acceder a la educación, herramienta eficaz para lograr una sociedad más equitativa.

Vimos que la asistencia a una institución educativa en los diferentes niveles mantiene diferencias importantes entre la tasa bruta de matrícula y la tasa neta, evidenciando problemas de repitencia y sobreedad. Estas variables pueden derivar en el abandono; generando mayores costos para el sistema educativo en general. Las cifras muestran que las tasas de acceso y permanencia disminuyen a medida que se avanza en los niveles educativos: la Educación Media muestra los peores porcentajes al respecto.

Si bien obligatoriedad y gratuidad están establecidas por ley, la normativa no implicó un aumento significativo en la matriculación del nivel inicial. Una cantidad importante de niños y niñas que forman parte del sistema educativo, tienen edades que no corresponden a las oficiales.

El MEC invierte anualmente el 3% del presupuesto en los programas de EPJA (sub-población históricamente poco atendida) con el objeto de bajar los índices de analfabetismo y mejorar los niveles de alfabetismo de las personas jóvenes y adultas, fortaleciendo así su continuidad educativa.

El promedio de años de estudio de la población de 25 años y más, es de 8,76 años en zonas urbanas, y mucho menor en áreas rurales. Este dato permite constatar la existencia de una importante brecha en el acceso por zonas geográficas.

Las cifras estudiadas detectan algunas variables ligadas a la reproducción de desigualdades. La población infantil o juvenil en situación de pobreza asiste a escuela de menos recursos, más precarias, con docentes menos formados, con esca-

so equipamientos y materiales didácticos adecuados. Tienen menos días de clase al año, y a menudo, permanecen en ellas también menos horas al día.

Desafíos de políticas públicas

Es urgente que el Estado garantice el derecho a la educación a todos y todas, asegurando la igualdad de oportunidades en el acceso, e invirtiendo mayores esfuerzos en garantizar condiciones para que niños, niñas y jóvenes permanezcan en el sistema y culminen los niveles respectivos. Si las condiciones socio económicas, geográficas, de etnia y sexo siguen obstaculizando el acceso y permanencia de los niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo, las brechas se reproducen y profundizan con el tiempo.

Estos esfuerzos deben orientarse a mejorar la matriculación en todos los niveles, y que la misma sea en las edades pertinentes, evitando así una primera situación de desventaja entre los niños y niñas que lo hacen en las edades correspondientes y quienes ya iniciaron con sobreedad.

Estos esfuerzos deben orientarse a mejorar la matriculación en todos los niveles, y que la misma sea en las edades pertinentes, evitando así una primera situación de desventaja entre los niños/as que lo hacen en las edades correspondientes y quienes ya iniciaron con sobreedad.

Debe además generar estrategias y destinar recursos que permitan mejorar la calidad en todos los niveles educativos. Esto implica revisar el sistema de diseños educativos, en las prácticas dentro y fuera del sistema, y controlando la provisión y calidad de recursos. Paralelamente, se requiere mejorar la gestión de los recursos financieros, en base a una ejecución presupuestaria participativa, equitativa y transparente.

Referencias bibliográficas

- Ayala, D. (2016). *Características del mercado laboral en Paraguay. Micro Datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2014*. Asunción: Observatorio Laboral. Oficina Internacional del Trabajo.
- Benítez, G. (2016). *Paraguay: Educación y objetivos del milenio. Principales resultados*. Asunción: Observatorio Fiscal - CADEP.
- Bogoya, D. (2014). *Diseño de los instrumentos estandarizados, con la respectiva documentación técnica (objetivo de variables, tutorial de llenado) y fundamentación teórica para la recolección de datos de los estudiantes*. Asunción: Organización de Estados Iberoamericanos.
- CEPAL. División de Estadísticas. (2017-02). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2016*, de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/40972-anuario-estadistico-america-latina-caribe-2016-statistical-yearbook-latin>.
- CEPAL (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos-de-desarrollo-sostenible.pdf>
- CEPAL. (2016). *Panorama Económico y Social de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños, 2016*. CEPAL, 67 pp. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40916-panorama-economico-social-la-comunidad-estados-latinoamericanos-caribenos-2016>
- CEPAL. (2000-2008). *Equidad, desarrollo y ciudadanía. (Versión definitiva)*. Editor: Ocampo José A. 334 pp. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/S2006536_es.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- CEPAL. (2000). *DatosMacro.com*. (18 de Abril de 2017). *DatosMacro.com*. Recuperado de: <http://www.datosmacro.com/estado/gasto/educacion/paraguay>
- DGEEC. (2009). *Aspectos Metodológicos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH)*. Asunción: DGEEC.
- DGEEC. (2015). *Principales Resultados de la Encuesta Permanente de Hogares 2015 (EPH 2015)*. Recuperado de: <http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/eph2015/Boletin%20de%20pobreza%202015.pdf>
- Finanzas Públicas. (2008). *Gasto Público, Gasto Corriente, Gasto de Capital y Gasto Recurrente*. Recuperado de: <http://skfinanzaspublicas.blogspot.com/>
- Instituto Desarrollo. (2013). *El desafío es la equidad. Informe de progreso educativo-Paraguay*. Asunción: ID.
- MEC. (18 de Abril de 2017). *Ministerio de Educación y Ciencias*. Recuperado de: <http://www.mec.gov.py/cms?ref=296222-ejecucion-presupuestaria>
- MEC. (2012). *Estadística Educativa 2010. Datos e indicadores de la educación*. Asunción: MEC - Ministerio de Educación y Ciencia.
- MEC. (2011). *Diagnóstico - La deserción escolar en Paraguay - Características que asumen en la Educación Media*. Asunción. Recuperado de: https://www.mec.gov.py/cms_v2/adjuntos/2410

- MEC. (2011). *Ñamyendy tata. Encendemos fuego*. Política Pública de Educación de Personas Jóvenes y Adultas 2011-2024. Asunción: MEC. Recuperado de: https://www.mec.gov.py/cms_v2/adjuntos/7179.
- MEC. (2008). *Manual de microplanificación de la oferta Educativa*. Asunción: MEC. Recuperado de: https://www.mec.gov.py/cms_v2/adjuntos/4408
- Morduchowicz, A. (2011). Economía de la Educación en América Latina. En *Construyendo Juntos la nueva escuela pública paraguaya*. Ministerio de Educación y Cultura.
- OCDE/CEPAL/CAF. (2016). *Perspectivas económicas de América Latina 2017: Juventud, competencias y emprendimientos*. OECD Publishing, Paris. Recuperado de: http://www.oecd-ilibrary.org/development/perspectivas-economicas-de-america-latina-2017_leo-2017-es.
- PNUD. Paraguay (2008). *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Equidad para el desarrollo*.
- PREAL - Instituto Desarrollo. (2013). *El desafío es la equidad. Informe de progreso educativo: Paraguay*. Asunción: PREAL, Instituto Desarrollo.
- Presupuesto 2017: más fondos para educación. (2016, 30 de agosto). *ABC Color*. Asunción, Paraguay. Recuperado de: <http://www.abc.com.py/nacionales/pgn-2017-educacion-es-la-mas-beneficiada-1513685.html>
- Reprobaron el examen escrito del MEC el 53% de docentes. (2016, 18 de febrero). Última Hora. Asunción, Paraguay. Recuperado de: <http://www.ultimahora.com/reprobaron-el-examen-escrito-del-mec-el-53-docentes-n968123.html>
- Serafini, V. (2017). *Paraguay: inversión en protección social no contributiva. Avances y desafíos*. Asunción: CADEP, Paraguay Debate, Unión Europea.
- UNESCO. (2017). Reducir la pobreza en el mundo gracias a la enseñanza primaria y secundaria universal. Documento de política 32 / ficha descriptiva 44. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0025/002503/250392S.pdf>
- UNESCO. (2015). *Foro mundial sobre la educación 2015*. Incheon, República de Corea: <http://es.unesco.org/world-education-forum-2015/5-key-themes/educacion-de-calidad>.
- UNESCO. (2014). *Gasto público en la educación de América Latina ¿Puede servir a los propósitos de la Declaración de París sobre los Recursos Educativos Abiertos?* <http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-sp>.
- UNESCO. Institute for Statistic. (2009). *Indicadores de la educación. Especificaciones técnicas*.
- UNESCO-MEC Paraguay. (2002). *Plan Educacional Ñanduti. Por una educación para todos con calidad y equidad - 2003 - 2015*. Asunción. Recuperado de: file:///C:/Users/SAMSUNG%20PC/Downloads/Plan_Nanduti.pdf.

Estudio de eficiencia en la inversión social en educación primaria en Paraguay

José Manuel Gómez

INDICADORES | SALUD | POBREZA | UNIDA
DES | DE | SALUD | DE | LA | FAMILIA | EVALUA
CIÓN | PARAGUAY | AGUA | SANEAMIENTO
DERECHOS | HUMANOS | ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES
DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO
IMPUESTOS | DIRECTOS | E | INDIRECTOS
EQUIDAD | EDUCATIVA | SISTEMA | EDUCA
TIVO | DESIGUALDADES | SOCIALES | INVER
EN EDUCACIÓN^{NI} GASTO PÚBLICO EN
235
CIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

El estudio aborda la problemática de la eficiencia y calidad del gasto público en educación primaria en Paraguay, realizando un análisis comparativo de eficiencia respecto a países de la región. Utiliza la metodología de análisis insumo-producto con análisis de factores envolventes (DEA, por sus iniciales en inglés). De esta forma, el estudio permite determinar el valor aproximado de eficacia que podríamos obtener de pruebas estandarizadas implementadas con alumnos en la región, respecto a la cantidad de recursos destinados a educación primaria en la actualidad.

Palabras clave: gasto público en educación, calidad de la educación.

Introducción

En septiembre de 2015, líderes mundiales se comprometieron con los Objetivos Mundiales de Desarrollo Sostenible (ODS) para los próximos 15 años. En total, son 17 objetivos que buscan eliminar la pobreza extrema, luchar contra la desigualdad y la injusticia y hacer frente al cambio climático. El acceso a educación de calidad es el cuarto de estos objetivos, y al estar suscrito por nuestro país y muchos otros, debe considerarse como un derecho para todos los paraguayos.

Diversos índices de calidad en educación patrocinados por organizaciones internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la Asociación Internacional para la Evaluación de Logros Educativos, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef), buscan medir en términos comparativos los logros de estudiantes a nivel mundial.

Uno de los más reconocidos es el Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes (PISA), es una encuesta internacional trienal que tiene como objetivo evaluar los sistemas educativos en todo el mundo mediante la prueba de las habilidades y conocimientos de los estudiantes de 15 años de edad.

En 2015, más de medio millón de estudiantes, que representan a 28 millones de jóvenes de 15 años de edad en 72 países y economías, tomaron la prueba de dos horas acordada internacionalmente. Los estudiantes fueron evaluados en ciencias, matemáticas, lectura, resolución de problemas colaborativos y alfabetización financiera.

Paraguay inicia su participación en estas pruebas, en su versión para países en desarrollo (Pisa D), desde setiembre de 2017, con aproximadamente 6.500 estudiantes y 750 docentes de 180 instituciones educativas, tanto del sector público como del sector privado subvencionado. Por lo tanto, en los próximos años, se podrá tener más datos para mejorar la evaluación de la calidad de la educación paraguaya, en comparación con los sistemas de otros países.

Otra iniciativa internacional, focalizada en nuestra región, constituye el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE), coordinado por la oficina regional de la Unesco. Este laboratorio implementa estudios regionales, con resultados que incluyen datos del sistema educativo paraguayo.

El análisis se organiza en cinco partes: en la sección 1, se ofrecen datos que justifican el estudio. En la sección 2, se presenta la fundamentación teórica del estudio de eficiencia en el sector público. En la sección 3, se describen los datos y la metodología utilizados. En la sección 4, aparecen los resultados y la posición de Paraguay frente a los demás países objeto del presente análisis. En la sección 5, se presentan las conclusiones; y en la sección 6, los desafíos de las políticas públicas.

1. Justificación

Este documento analiza el desempeño del sistema educativo de Paraguay, en relación a los recursos públicos destinados a inversión y los resultados en el rendimiento académico de alumnos paraguayos en pruebas estandarizadas a nivel regional y global.

El magro desempeño académico de alumnos paraguayos en estas pruebas, se puede determinar rápidamente, teniendo en cuenta que los resultados ubican al país por debajo de la media regional en todas las materias consideradas: lectura, escritura, matemáticas y ciencias naturales.

Una mirada simplista del tema haría suponer que la baja inversión pública en educación en nuestro país, impide mejorar la calidad, al no contar con los recursos económicos suficientes para realizar las mejoras requeridas por el sistema educativo.

Sin embargo, en la última década, Paraguay ha incrementado el presupuesto destinado a educación, hasta alcanzar cerca del 5% del PIB anual, en términos proporcionales, en una década de constante crecimiento económico. Así es como, según podemos observar en el cuadro N°1, la inversión por alumno en educación primaria casi se duplica entre los años 2007 y 2013.

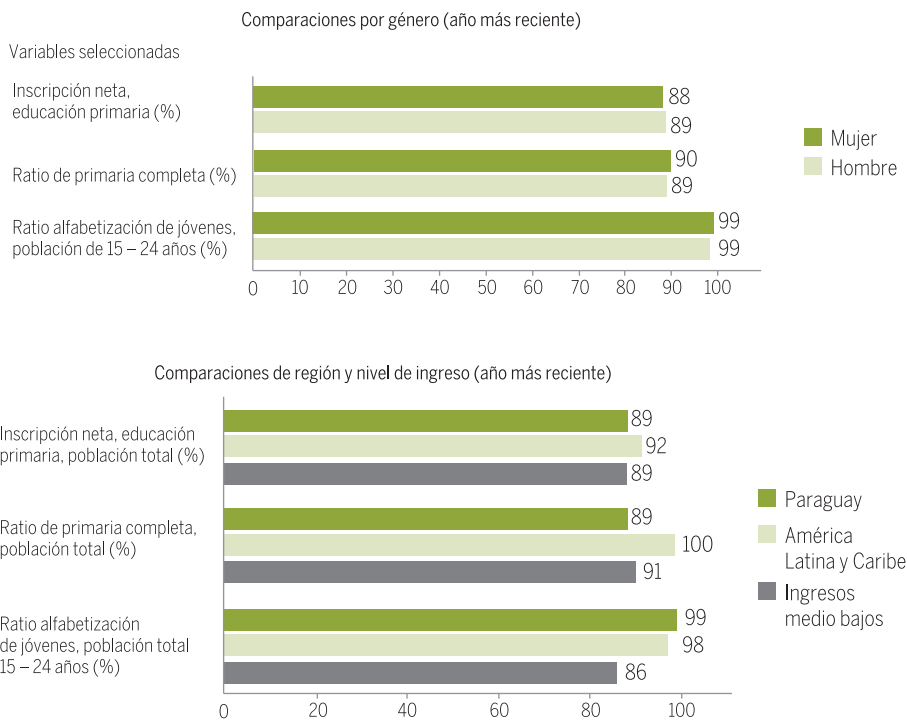
Cuadro N° 1
Gasto público en educación en Paraguay.

	2007	2011	2012	2013
Gasto público en educación				
como % del PIB	3.55	3.77	4.98	4.96
como % del total del gasto público	19,42	18.76	23.3	19.63

	2007	2011	2012	2013
Gasto público por estudiante (en PPP USD)				
Educación primaria	565.5	750.64	843.13	1074.07
Educación secundaria	825.28	1059.53	1243.4	1218.07
Educación terciaria (universitaria)	1387.66	1375.48	sd	sd

Fuente: Instituto de Estadísticas de la UNESCO.

Cuadro N° 2 Comparativo de estadísticas de educación primaria



Fuente: Instituto de Estadísticas de la UNESCO.

En nuestro país, el foco en términos de inversión pública en educación pareciera estar dándose en mejorar la cobertura básica para reducir el rezago histórico, mientras que los demás países de la región ya están avanzando hacia inversión y atención más focalizada, y en la mejora de la calidad de su sistema educativo.

En el cuadro N° 2, podemos observar un comparativo de indicadores básicos para educación primaria como ser, inscripción neta de alumnos en educación primaria, en porcentaje; porcentaje de alumnos que culminan la educación primaria y porcentaje de alfabetización de jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Estos indicadores se comparan a nivel país, por sexo y además con otras regiones.

Podemos observar que si bien estamos comparativamente equiparados al resto de América Latina y el Caribe (ALC) y el grupo de países de ingresos medio bajo, al cual pertenecemos, en términos de inscripción neta de alumnos en primaria, en porcentaje, hay mucho por mejorar en términos de porcentaje de alumnos que termina efectivamente la educación primaria.

En este indicador, Paraguay (89%) se encuentra muy por debajo del promedio de ALC (100%) y del resto de países del grupo de ingreso medio bajo (91%).

Sin embargo, si tenemos en cuenta el esfuerzo público en inversión en educación del país en porcentaje del PIB, podemos observar en el cuadro N° 3, que Paraguay, con un promedio de inversión que ronda el 5% del PIB (2012), está muy por debajo de inversión pública en educación observada en países como Costa Rica, Bolivia y Brasil.

Cuadro N° 3: Gasto del gobierno en educación como % del PIB (2012), en América Latina y el Caribe

País	2012	País	2012
Argentina	5,32%	Ecuador	4,64%
Bolivia	6,43%	El Salvador	3,33%
Brasil	5,80%	Guatemala	2,96%
Chile	4,58%	México	5,17%
Colombia	4,39%	Paraguay	4,96%
Costa Rica	6,68%	Perú	2,92%

Fuente: EdStats, estadísticas de educación, Banco Mundial.

En este contexto, parece razonable la provisión de más recursos para la inversión pública en educación en Paraguay. Esta inversión, sin embargo, debe darse en un contexto de fortalecimiento del sistema educativo que permita el uso de recursos de manera eficiente y centrada en la calidad en la prestación de servicios.

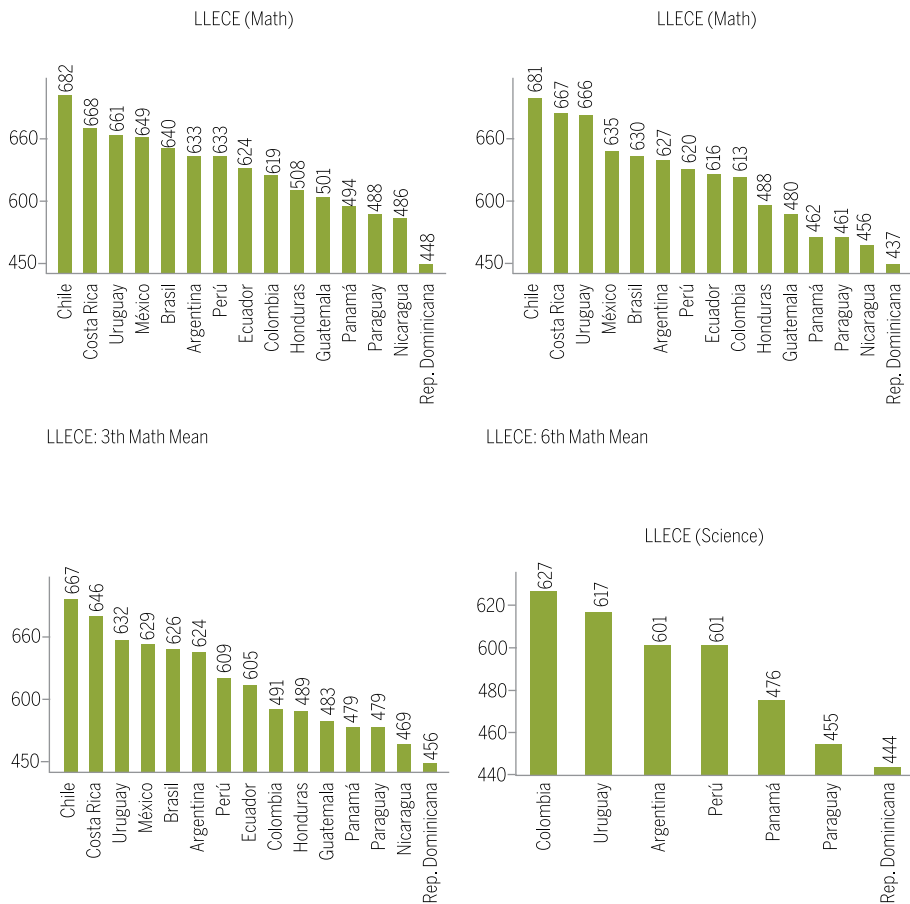
Como primera medida, se debería realizar un análisis exhaustivo de la inversión pública en educación en los últimos años, para identificar cuellos de botella que permitan mejorar la eficiencia en la inversión pública en educación. Sobre todo, que la misma impacte positivamente en logros académicos relevantes para mejorar la calidad de vida, el nivel de ingresos y reducir el desempleo de jóvenes paraguayos.

A la fecha, sin embargo, todos los indicadores de resultados nos indican que seguimos rezagados en los últimos lugares a nivel de ALC, en términos de logros académicos de los estudiantes. Como se puede observar en el gráfico N°1, el país se ubica en el lugar ante penúltimo en todas las materias evaluadas por las pruebas LLECE y TERCE.

Así, el estudio presenta una propuesta de análisis de eficiencia del gasto público en educación primaria comparando el nivel de gasto público (insumos) y resultados de nuestro país en relación a países seleccionados de ALC que formaron parte de las pruebas TERCE emprendidas por el LLECE, anteriormente descrito. Al incluir los resultados o productos del sistema educativo en el análisis (mediante la comparación de resultados de pruebas TERCE en las áreas de matemáticas, ciencias, lectura y escritura, de estudiantes paraguayos respecto a estudiantes de otros países seleccionados), se pretende iniciar el debate sobre la política pública, en relación a la oferta de servicios educativos de calidad, por parte del sector público paraguayo.

El análisis marginal presentado por este estudio ayudará a determinar la eficiencia/ineficiencia relativa de Paraguay respecto a los demás países del estudio. Como insumo se utiliza datos de bases de la UNESCO, el Banco Mundial y la pruebas TERCE disponibles para la región.

Gráfico N° 1
Resultados de pruebas TERCE (2013), implementado por el LLECE



Fuente: EdStat Banco Mundial.

2. Fundamentación teórica

La eficiencia en el sector público es un tema de debate muy importante en el ámbito del desarrollo, teniendo en cuenta las restricciones presupuestarias y la creciente exigencia de más y mejores servicios por parte de la ciudadanía, gracias a prácticas de transparencia pública que se hicieron extensivas en muchos países (Tanzi y Schuknecht, 2011; Joumard, Konsgrud, Nam y Price 2004).

La OCDE realiza mediciones de resultados del sector público desde el año 2005. Sin embargo, no son menores los desafíos puesto que se deben reestructurar los presupuestos con base en resultados, mejorar la calidad de medición de procesos y resultados y aún más importante, fomentar el uso de estas herramientas para mejorar políticas públicas por parte de administradores públicos (OCDE, 2007).

La medición adecuada que permita realizar comparaciones entre varios países o regiones es una tarea compleja. Sin embargo, se ha alcanzado consenso por parte de investigadores y organismos internacionales respecto a pasar del foco en los costos de servicios públicos y análisis del gasto, hacia el análisis de los bienes y servicios públicos ofrecidos (resultados) (Afonso, Schuknecht y Tanzi, 2005).

En educación, se realizaron avances importantes en este sentido, con el establecimiento de test comparativos a nivel internacional como las pruebas PISA y exámenes estandarizados regionales en ALC (Gonand, 2007 y Sutherland et al., 2007). Esto ha permitido la realización de estudios comparativos en diferentes regiones, como el estudio de impacto de eficiencia del gasto público en educación de 25 países miembros del OCDE, por Afonso, Schuknecht y Tanzi (2005). Así como estudios similares de países miembros de la Unión Europea por Clements (2002), de 37 países africanos Gupta y Verhoeven (2001) y también en la región por parte de Machado (2006) y Salazar (2014).

El estudio sobre financiamiento y gestión de la educación en ALC (CEPAL, 2004), identifica los siguientes desafíos para ser abordados por gobiernos de la región como paso importante hacia el cumplimiento:

1. Ampliar acceso a la educación, permanencia en el sistema y conclusión de los ciclos
2. Garantizar una educación de calidad y con impacto social
3. Garantizar la equidad en educación en sus distintas dimensiones
4. Mejorar la eficiencia de los sistemas de educación

3. Metodología y base de datos del estudio

Los estudios de eficiencia del sector público en educación usan técnicas no paramétricas y medición de insumos en términos monetarios con la metodología de Análisis de Datos Envolvente (DEA), que asume la existencia de una frontera de producción convexa. Esta técnica se desarrolló originalmente y se aplicó a empresas que convierten los insumos en productos (Coelli, Rao y Battese, 1998; Sengupta, 2000).

La idea básica consiste en analizar la posibilidad de reducir los insumos de entrada, sin que esto resulte en reducción de productos resultantes del proceso de producción. Alternativamente, también se podría evaluar las cantidades de salida que pueden aumentarse sin cambiar las cantidades de entrada utilizadas. De esta manera, se puede obtener resultados de la eficiencia del sector público al identificar insumos (recursos) y productos resultantes del proceso de provisión de servicios públicos.

Utilizando las variables seleccionadas para el análisis, el software DEA (*Data Envelopment Analysis*) busca los puntos con el costo unitario más bajo para cualquier salida dada, conectando esos puntos para formar la frontera de eficiencia. Cualquier unidad de toma de decisiones (DMU), por sus siglas en inglés, que no esté en la frontera se considera ineficiente. Se da un coeficiente numérico a cada DMU, definiendo su eficiencia relativa.

Algunas de las ventajas de la DEA son:

- No requiere especificar una función de producción determinada
- Resulta útil para encontrar relaciones entre variables
- Se puede manejar múltiples entradas y salidas
- Se puede utilizar cualquier medida de entrada-salida
- Las fuentes de ineficiencia pueden ser analizadas y cuantificadas para cada unidad evaluada

Una de las desventajas de la DEA es que:

- Los resultados son sensibles a la selección de insumos y productos (Berg, 2010).

En el presente estudio se busca evaluar la eficiencia de Paraguay, respecto a demás gobiernos en ALC en educación primaria. En términos sencillos, se propone comparar los niveles actuales de inversión pública en educación, con los resultados obtenidos en rendimiento académico por parte de los alumnos de cada sistema educativo, en pruebas estandarizadas a nivel regional.

La pregunta principal de la presente investigación se orienta a determinar: a cuánta mejora en la calidad del sistema educativo se podría aspirar, según comparación regional, dados los niveles actuales de gasto público en el sector.

Entre las limitaciones principales del presente estudio, se encuentra la dificultad y escasez de acceso a datos básicos del sistema educativo, teniendo en cuenta que el Ministerio de Educación y Ciencias no registra, o no comparte, información administrativa orientada a un enfoque de calidad.

Es decir, actualmente los datos se limitan a informar la cantidad de alumnos (matrícula), profesores, aulas, pero no facilitan detalles respecto a costos unitarios por aula, costos unitarios según nivel educativo (ciclo escolar básico, educación media), nivel educativo de los profesores que atienden dichas aulas, ni el desempeño de alumnos en términos de resultados académicos de los mismos.

Con esta información se podría obtener más detalles comparativos que permitan observar la realidad del sistema educativo local y poner en foco un plan de mejora que aborde el problema con un enfoque de calidad del sistema educativo, más allá de simples aumentos en la inversión pública en educación.

Por tanto, el presente estudio brinda una forma muy básica de análisis del desempeño del sistema educativo, para facilitar una herramienta que posibilite en el futuro, y con más datos, abordar esta problemática basados en evidencia.

Sin embargo, dada la escasez y limitación de acceso a información, el presente análisis se limita a utilizar el esquema de variables que se presenta en el cuadro N° 4.

Cuadro N° 4

Variables a considerar en el modelo (insumo/producto)

Productos	Fuente
Índice compuesto de resultados TERCE	Terce
Insumos	
Gasto por alumno en educación primaria	EdStats
Ratio alumnos por profesor en educación primaria	EdStats

* EdStats: Education Statistics, The World Bank.

En términos prácticos, las variables de insumo se resumen en el cuadro N°5. En él se presentan datos más recientes de inversión per cápita para educación primaria para países seleccionados de ALC. Otra variable de análisis considerada

como insumo para el modelo corresponde a la relación de cantidad de alumnos por profesor en educación primaria.

Como cabe de esperar, Paraguay se ubica entre los países que menos invierte en educación primaria por alumno. Según datos del 2012, la inversión per cápita en educación primaria del país alcanzaba 1,076 USD PPP (paridad de poder adquisitivo) (ver cuadro N° 5).

Sin embargo, en términos de cantidad de alumnos por profesor, Paraguay se ubica a la par de países como Chile y Argentina con un promedio de 18 alumnos en educación primaria por profesor (ver cuadro N° 5).

Cuadro N° 5
Indicadores de Inversión pública per cápita en alumnos de educación primaria y cantidad de alumnos por profesor en educación primaria

País	Inversión USD PPP	Año de referencia	Relación estudiantes / profesor	Año de referencia
Argentina	2.816	2.011	17,2	2008
Brasil	3.263	2.012	20,9	2014
Chile	3.490	2013	19,5	2013
Colombia	2.337	2014	23,8	2015
Costa Rica	3.798	2014	12,7	2015
Dominicana, Rca.	2.071	2014	18,3	2015
Ecuador	1.628	2014	25,1	2016
Guatemala	677	2013	20,4	2015
Honduras	910	2013	29,1	2015
Mexico	2.320	2011	27,4	2014
Nicaragua	438	2010	30,2	2010
Panama	1.069	2011	22,0	2014
Peru	1.497	2014	24,2	2012
Paraguay	1.076	2012	18,0	2015
Uruguay	1.083	2006	11,5	2014

Fuente: ED Stat World Bank

En este contexto, con estudiantes paraguayos situados en los últimos lugares en términos de resultados académicos de pruebas estandarizadas respecto a los demás estudiantes de la región, y con los insumos que destina el estado paraguayo, a considerar: inversión por alumno y profesores por alumno en educación primaria, se presentan los resultados del estudio en la siguiente sección.

4. Principales resultados

El análisis propuesto presenta dos perspectivas. Por una parte, es posible obtener resultados con un enfoque primario en los insumos, es decir, en cómo optimizar la dotación de insumos para obtener una determinada cantidad de producto. Y, por otra parte, un análisis enfocado a los productos, con la idea de maximizar resultados obtenidos con una contribución mínima de recursos (insumos).

En el cuadro N° 6 se presenta resultados correspondientes a un análisis del tipo de optimización de insumos. Por una parte, podemos observar que Paraguay se ubica en el puesto 13 de un total de 15 países, en términos de la relación entre alumnos por profesor (ver cuadro N° 6a) y desempeño escolar.

Es decir, la inversión pública del Estado en dotar un profesor en educación primaria por cada 18 alumnos (ver cuadro N° 5) parece no tener un impacto relevante en el mejor desempeño de los alumnos en pruebas estandarizadas en temas de matemáticas, ciencias y lectura comprensiva.

Para poder explicar mejor esta relación comparativa en la región entre número de profesores y desempeño escolar, faltaría acceder a datos referentes al nivel de formación de docentes en cada uno de los países y las herramientas o recursos con que cuentan en el aula, a saber: libros, materiales didácticos, acceso a tecnología, conexión a internet y otros.

Así también, respecto a la relación entre la inversión per cápita por estudiante en educación primaria y los resultados obtenidos en pruebas TERCE, podemos observar que Paraguay se ubica en rango medio de la tabla, en el puesto 7 de un total de 15 países (ver cuadro N° 6b).

En primer lugar de la tabla se encuentra Nicaragua, que con una modesta inversión per cápita por alumnos de solo 430 USD alcanza éxito moderado en desempeño escolar de sus alumnos (ver cuadro N° 5).

Cuadro N° 6

Ranking de eficiencia en logros de educación primaria en países seleccionados en términos de optimización de insumos.

a) Ratio de alumnos por profesor / notas TERCE

	Ranking	theta
dmu:Uruguay	1	1
dmu:Costa_Rica	2	.916637
dmu:Argentina	3	.639096
dmu:Chile	4	.623847
dmu:Perú	5	.614438
dmu:Brasil	6	.529373
dmu:Rca_Dominicana	7	.52636
dmu:Guatemala	8	.514498
dmu:Panamá	9	.469064
dmu:Colombia	10	.465677
dmu:Ecuador	11	.432176
dmu:Mexico	12	.418163
dmu:Paraguay	13	.416607
dmu:Honduras	14	.356835
dmu:Nicaragua	15	.336798

b) Inversión per cápita / notas TERCE

	Ranking	theta
dmu:Nicaragua	1	1
dmu:Guatemala	2	.667945
dmu:Honduras	3	.491709
dmu:Uruguay	4	.455713
dmu:Perú	5	.442074
dmu:Panamá	6	.415393
dmu:Paraguay	7	.289474
dmu:Ecuador	8	.286935
dmu:Mexico	9	.212682
dmu:Colombia	10	.204172
dmu:Rca_Dominicana	11	.200137
dmu:Argentina	12	.168345
dmu:Chile	13	.150226
dmu:Brasil	14	.146098
dmu:Costa_Rica	15	.131693

Fuente: Elaboración propia con base en datos de TERCE y EdStats.

Más adecuado a nuestra realidad, sería comparar los resultados de Paraguay (7mo. en la tabla) con los de Uruguay (4to. en la tabla), puesto que alcanzan niveles similares de inversión per cápita en educación primaria.

Así, Uruguay con inversión similar en educación primaria, consigue un desempeño escolar superior por parte de sus alumnos en términos de notas obtenidas en pruebas TERCE para matemáticas, ciencias y lectura comprensiva.

En el cuadro N°7, podemos observar el otro tipo de análisis que permite la metodología propuesta. Es decir, comparar los resultados obtenidos de desempeño escolar en países seleccionados de ALC, respecto al insumo, en este caso, gasto público per cápita en educación primaria y el número de profesores por aula en educación primaria.

Cuadro N° 7**Ranking de eficiencia en logros de educación primaria en países seleccionados en términos de optimización de resultados (producto)**

a) Ratio notas TERCE / gasto per cápita y relación alumnos por profesor

	rank	theta
dmu:Costa_Rica	1	1
dmu:Brazil	2	.901403
dmu:Chile	3	.876631
dmu:Argentina	4	.782281
dmu:Rca_Dominicana	5	.658015
dmu:Colombia	6	.645012
dmu:Mexico	7	.619203
dmu:Ecuador	8	.458965
dmu:Paraguay	9	.454939
dmu:Panamá	10	.317032
dmu:Perú	11	.297899
dmu:Uruguay	12	.288983
dmu:Honduras	13	.267827
dmu:Guatemala	14	.197162
dmu:Nicaragua	15	.131693

b) Notas TERCE / gasto per cápita

	rank	theta
dmu:Brazil	1	1
dmu:Costa_Rica	1	1
dmu:Mexico	1	1
dmu:Nicaragua	1	1
dmu:Honduras	5	.998272
dmu:Chile	6	.947026
dmu:Colombia	7	.943311
dmu:Paraguay	8	.94057
dmu:Ecuador	9	.914427
dmu:Rca_Dominicana	10	.879076
dmu:Argentina	11	.859718
dmu:Panamá	12	.802382
dmu:Guatemala	13	.696688
dmu:Perú	14	.633728
dmu:Uruguay	15	.433477

Fuente: Elaboración propia con base en datos de TERCE y EdStats.

Costa Rica, Chile y Brasil, países en donde el gasto per cápita en educación supera los 3.000 USD por alumno (ver cuadro N°5) lideran la tabla. Paraguay, con inversión pública en educación más modesta, se ubica en los rangos medios en desempeño escolar de sus alumnos, al considerar su inversión pública en educación primaria.

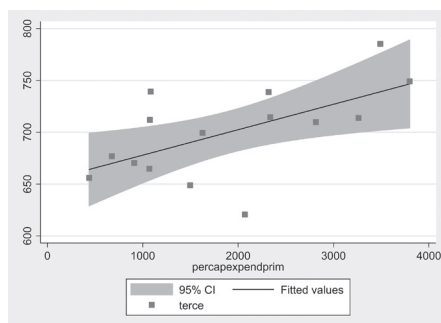
Siendo la decisión de inversión pública en educación un tema de política pública, cada sociedad decide, de acuerdo a sus posibilidades, cuánta inversión pública destinar a la educación de sus ciudadanos. El siguiente análisis comparativo muestra qué resultados se podría esperar en desempeño escolar, dado cada nivel de inversión pública en educación primaria.

En el gráfico N°2, podemos observar que para obtener niveles promedio de desempeño escolar superiores (700 puntos), Paraguay necesita como mínimo elevar su inversión en educación primaria de 1.076 USD per cápita (ver cuadro N°5) a aproximadamente 2.200 USD per cápita (ver parte a) del gráfico).

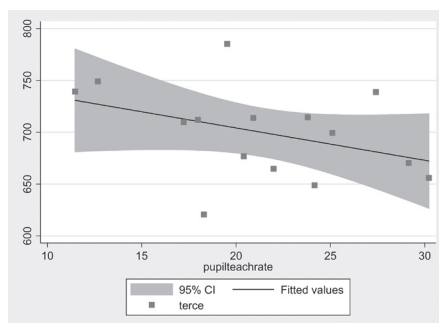
Asimismo, según se indica en el gráfico N°2, parte b), para alcanzar un desempeño escolar de 700 puntos en promedio, Paraguay necesita elevar el número de docentes en aulas de educación primaria, de un promedio actual de 18 alumnos por docente a 15 alumnos por docente.

Gráfico N° 2
Comparativo desempeño académico en educación primaria en matemáticas, ciencias y lectura comprensiva de acuerdo a:

a) Gasto público per cápita



b) Ratio de profesores por alumno



Fuente: Elaboración propia con base en datos de EdStats.

Conclusiones

El sistema educativo en Paraguay se encuentra en una encrucijada. Alumnos de distintos colegios exigen cada vez más recursos, calidad y buena administración de fondos del sistema educativo. Protestas estudiantiles lograron la renuncia de la ex ministra Marta Lafuente en 2016.

Teniendo en cuenta este contexto, el presente estudio constituye una forma sencilla de análisis que permite realizar comparaciones del sistema educativo pa-

raguayo con el de otros sistemas educativos a nivel regional y global. La metodología se basa en el análisis de factores de producción (insumos) y el desempeño resultante (producto).

En lo que respecta a insumos, el estudio considera dos factores clave: la inversión en educación primaria por alumno y la relación entre cantidad de alumnos por docente en educación primaria. Para realizar análisis más exhaustivos y precisos, se requeriría de mayor cantidad de datos que permitan comparar mejor el desempeño educativo de alumnos respecto a la inversión en educación primaria del sector educativo.

El pobre desempeño del sistema educativo se ve patentado en los magros resultados de alumnos paraguayos en pruebas internacionales, cuando se los compara con el desempeño de otros alumnos en la región.

Basado en los resultados de este estudio, podemos observar que nuestro país con un nivel similar de inversión pública en educación primaria que Uruguay (4to. lugar), consigue un desempeño escolar muy inferior, séptimo lugar, en cuanto a resultados obtenidos en pruebas TERCE, para matemáticas, ciencias y lectura comprensiva. Es decir, existe un espacio importante de mejoras que se podrían alcanzar con el mismo nivel de inversión pública actual en educación primaria.

Así también, República Dominicana con una inversión de alumnos por profesor en educación primaria (18,3), similar a los 18 alumnos por profesor en educación primaria del sistema educativo paraguayo, se ubica en el puesto 7 de desempeño académico de sus estudiantes. Mientras que nuestro país se ubica en el puesto 13 con la misma relación alumnos/profesor.

Si bien el análisis se encuentra limitado por la falta de datos del sistema educativo, con orientación hacia la calidad y desempeño, o acceso a ellos, el mismo sugiere la imperiosa necesidad de mejorar la calidad del sistema educativo. Además de concientizar a la ciudadanía respecto al problema, como una manera de garantizar el control adecuado del presupuesto público en educación, que permita finalmente facilitar un proceso tendiente a realizar las mejoras necesarias al sistema.

La constante presión ciudadana y el mayor acceso a datos comparativos de pruebas internacionales, permiten mantener el foco en el acceso a recursos por parte del sector educativo y en la constante necesidad de mejorar la calidad de la educación que permita un impacto mayor tanto en los alumnos como en la economía en general. Una decisiva voluntad política de avanzar en la mejora del sistema educativo será fundamental para alcanzar éxitos en este proceso.

Desafíos de política pública

El contar con resultados estandarizados de pruebas internacionales como ser las pruebas TERCE realizadas en países de ALC y más recientemente, las pruebas PISA, posibilita al sistema educativo establecer un parámetro de medición para poder realizar una autoevaluación y análisis que permita tomar las medidas correctoras necesarias.

El acceso a datos de manera ágil y efectiva permitiría realizar comparaciones intrasistema, es decir, educación primaria en sector público comparada a sector privado, por grados o por regiones. A su vez, esto permitiría aprender y realizar ajustes que posibiliten la promoción de las mejores y más efectivas técnicas para mejorar el desempeño escolar de alumnos del sistema educativo paraguayo.

Se necesita sistematizar la información en forma periódica, adaptada, para facilitar datos básicos indispensables en la investigación comparativa, entre otros:

- Inversión anual promedio por alumnos (escuelas del sector privado subvencionado, público)
- Inversión anual en kit escolar por sector
- Inversión anual en desayuno y almuerzo escolar
- Acceso a tecnologías en el aula y en la escuela
- Disponibilidad de biblioteca con sistema de préstamo de libros en la institución
- Cantidad de profesores por alumno para cada grado
- Nivel de cualificación de profesores
- Notas estandarizadas promedio de cada aula

Se requieren estos datos para facilitar la investigación académica que permita institucionalizar mejores prácticas y aplicar medidas correctivas necesarias para maximizar el desempeño escolar de los alumnos. La misma medición facilita procesos que promueven la superación de metas y mejora continua, al facilitar la revisión comparativa de todo el sistema educativo.

Referencias bibliográficas

- Afonso, A., Schuknecht, L. y Tanzi, V. (2005). Public sector efficiency: An international comparison. *Public Choice*, 123(3-4), pp.321-347.
- Berg, S. (2010). Water Utility Benchmarking: Measurement, Methodology, and Performance Incentives. *International Water Association*.
- CEPAL. (2004). “Financiamiento y gestión de la educación en América Latina y el Caribe”. Trigésimo período de sesiones de la CEPAL. San Juan, Puerto Rico, 28 de junio al 2 de julio de 2004.
- Clements, B. (2002). How Efficient is Education Spending in Europe? *European Review of Economics and Finance* Vol. 1.
- Coelli, T., Rao, D.S.P. y Battese, G.E. (1998). An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis. *Kluwer Academic Publishers*, Boston.
- Curristine, T., Lonti, Z. and I. Joumard (2007). Improving Public Sector Efficiency: Challenges and Opportunities. *OECD Journal on Budgeting*, Volume 7 – No. 1, OECD Publishing, Paris.
- Gonand, F. (2007). The impact on Growth of Higher Efficiency of Public Spending on Schools, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 547, OECD Publishing, Paris.
- Gonand, F., Joumard, I. y Price, R. (2007). Public Spending Efficiency in Primary and Secondary Education: Institutional Indicator. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 543, OECD Publishing, Paris.
- Gupta, Sanjeev y Verhoeven, M. (2001). The efficiency of government expenditure: experiences from Africa, *Journal of Policy Modeling*, 23, issue 4, pp. 433-467.
- Joumard, I., Kongsrud, P. M., Nam, Y.-S., y Price, R. (2004). Enhancing the effectiveness of public spending: Experiences in OECD Countries, OECD Publishing, Paris.
- Machado, R. (2006). “Los sistemas de gasto público en América Central y República Dominicana: disciplina fiscal y eficiencia”. *Serie de estudios económicos y sectoriales*. BID.
- OECD. (2007). “Public spending efficiency: institutional indicators in primary and secondary education”, *Economic Department Working Paper No 543*
- REICE. (2016). Factores Asociados al Rendimiento Académico de Estudiantes de Paraguay: Un Análisis de los Resultados del TERCE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 2016, 14(4), pp. 113-133.
- Salazar, A. (2014). The Efficiency of Education Expenditure in Latin America and Lessons for Colombia. *Desarrollo y Sociedad*, núm. 74, julio-diciembre, 2014, pp. 19-67
- Sengupta, J. (2000). “Efficiency Analysis by Stochastic Data Envelopment Analysis”, *Applied Economic Letters* 7(6): pp. 379-383.
- Sutherland, D., Price, R., Joumard, I. y Nicq, C. (2007). “Performance Indicators for Public Spending Efficiency in Primary and Secondary Education”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 546, OECD Publishing, Paris.
- Tanzi, V. y Schuknecht, L. (2011). *Public Spending in the 20th Century*. Cambridge, GBR: Cambridge University Press.



Resumen y conclusiones

Milda Rivarola

UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA EVALUACIÓN PROTECCIÓN SOCIAL VULNERABILIDAD DERECHOS NIVEL ECONÓMICO EQUIDAD FISCAL E IGUALDAD DE GÉNERO TRIBUTACIÓN DESIGUALDAD | PROTECCIÓN | SOCIAL | CUIDADO Y DESIGUALDADES TRABAJO DOMÉSTICO CUIDADO INDICADORES DE SALUD POBREZA FINANCIAMIENTO UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA | PARAGUAY | IMPUESTOS | AL | TABACOS | ALCOHÓLICAS Y AZUCARADAS | IMPUESTOS DIRECTOS E INDIRECTOS EQUIDAD

El origen de nuestras desigualdades

Las complejas desigualdades tienen origen colonial, en el rapto de las nativas y la servidumbre de los guaraní y afroamericanos. La colonia instauró estamentos de “sangre” (encomenderos, criollos, indios siervos, mulatos y esclavos) con distintos deberes y derechos, que podían o no acceder a oficios públicos, eran castigados con diverso rigor, etc.

E instaló nuevas desigualdades de género: sobre las indígenas recayó todo el trabajo agrícola y el tejido del algodón, comercializado por los encomenderos. Este doble sometimiento –reproductora y sierva– legó complejas brechas de género, étnicas, de estatus social y de servidumbre económica en las mujeres paraguayas.

El sistema tributario colonial incluía la alcabala, el almojarifazgo, los derechos de tránsito de productos, las sisas y arbitrios para la defensa, de papel sellado, la media anata sobre cargos públicos, el diezmo religioso, los estancos de yerba y tabaco, y tributos anuales de indios de pueblos y los esclavos, colectados por misioneros a cargo de pueblos o reducciones, o por los encomenderos.

Parte de los ingresos fiscales iban a la metrópoli, pero había transferencias internas entre virreynatos y gobernaciones: la provincia del Paraguay era receptora neta de esos fondos en el Río de la Plata. El sistema tributario no buscaba crear servicios en las colonias sino defender el imperio: los fondos se empleaban en armamentos, paga de soldadas, y estipendios de funcionarios de la corona.

Tras la independencia (1811-14), leyes y prácticas del Antiguo Régimen persistieron en el nuevo Estado. El sistema patrimonial, bajo Rodríguez de Francia (1814-1940) y los López (1844-1870), promovió escasas políticas republicanas. La desapropiación de tierras y ganado de los Pueblos de Indios arrojó a la población indígena al “enganche por deudas” o al sistema de aparcería. Se mantuvieron la esclavitud y los “auxilios” de vecinos, y el Estado empleó, bajo coacción extraeconómica, trabajo gratuito de miles de paraguayos en las estancias, yerbales, obrajes públicos y obras de infraestructura.

El mercantilismo de don Carlos y Francisco S. López (1841-1870) reafirmó una elite que monopolizaba bienes y privilegios, dejando intactas las distintas formas de trabajo semiservil. La industrialización estatal (astilleros, ferrocarriles, fundición de hierro, obras públicas, etc.) exigió inversiones en maquinarias, equipos y técnicos europeos. El estado recaudaba licencias de explotación de obrajes y yerbales, y cuotas (enfiteusis) a campesinos. La venta de productos creados con el

trabajo coactivo –yerba, maderas– y los impuestos a la exportación se sumaban a los recursos fiscales.

A mediados del siglo XIX, la compra de armas y equipos de guerra absorbía el grueso del presupuesto. Paraguay mantenía un ejército de 18.000 hombres, sobre una población inferior al medio millón de personas. La derrota en la guerra de 1864-70 dio fin al modelo mercantilista de Estado, y a parte de las viejas desigualdades, pero abrió paso a otras en la era liberal.

Las brechas bajo el liberalismo

La Constitución de 1870 estableció principios liberales: dio fin a la esclavitud, la servidumbre y los monopolios del Estado, derogando privilegios de sangre. Se dictaron Códigos y leyes liberales, pero la privatización de bienes del fisco amplió otras brechas. La venta de tierras fiscales originó grandes latifundios y enclaves, en detrimento del campesinado que perdió los predios. La desigualdad entre campesinos sin tierras y grandes propietarios, persistente hasta hoy, tuvo allí su base legal.

Hacia 1880, cuatro quintas partes de la Población Económicamente Activa se dedicaba a la agricultura o la pequeña ganadería. Recién cuatro décadas más tarde se aprobó una Ley que fomentaba la pequeña propiedad rural, de escaso efecto. En 1921, sólo el 6% de las fincas campesinas tenía título, mientras los latifundios controlaban 15 millones de ha agropecuarias, ganaderas o forestales.

La lucha de artesanos urbanos aseguró derechos laborales a algunos gremios, pero a falta de legislación laboral nacional, los conflictos del trabajo eran tratados policialmente. En las fábricas de tanino, carne empaquetada –urbes industriales del Alto Paraguay– y entre gremios urbanos, las condiciones de trabajo eran mejores, pero los trabajadores de obrajes y yerbales sufrían el sistema de peonaje por deuda de siglos anteriores.

En este periodo, el sistema tributario incluía escasos impuestos “internos” (inmobiliarios, sellados, etc.), basándose en tasar el comercio exterior. Hubo políticas educativas: unas 760 escuelas en la preguerra del Chaco, y la Universidad, a la que accedían algunas mujeres. Pero el analfabetismo seguía siendo general, y en la práctica, la educación discriminaba a la población rural y a la femenina. Sólo un hospital público, el de Clínicas, y unidades menores en el interior, atendían la salud. La tuber-

culosis y la anquilostomiasis causaban alta mortalidad en el campo, donde se apelaba a la medicina y farmacopea nativa.

En este periodo Paraguay tuvo una “democracia oligárquica”, a menudo interrumpida por golpes de estado y guerras civiles. Para los hombres se instauró el voto secreto y universal, y en ciertos comicios hubo competencia de los dos mayores partidos. Pero en la práctica, los derechos civiles y políticos no regían para las mujeres, el campesinado pobre ni para el peonaje rural.

Ante la inminencia del conflicto del Chaco, la mayor parte del presupuesto fue orientado nuevamente a gastos de defensa. Y los escasos intentos de reformar un sistema fiscal inequitativo no lograron concretarse.

Reformas del régimen “nacional revolucionario”

Tras la guerra del Chaco, los gobiernos militares cerraron el Parlamento y prohibieron partidos y sindicatos. La nueva Constitución (1940) proscribía la “explotación del hombre por el hombre”, y asignaba al Estado la “regulación de la vida económica y social” y el “cuidado de la salud y la asistencia social”.

Se dictaron decretos de reforma agraria. Si a fines de la era liberal habían sido habilitadas 134.000 hectáreas en colonias, los gobiernos “nacional revolucionarios” distribuyeron 494.000 ha en una década. Pese a su importancia, esta colonización no alteró sustancialmente la secular inequidad de la distribución de tierras.

Se fijó el salario mínimo y se creó el Instituto de Previsión Social. Surgieron ministerios como los de Salud Pública, Economía, Agricultura, y los Departamentos de Tierras y Colonización, y el de Trabajo. El crecimiento estatal aseguró ciertos derechos sociales, pero generó nuevas asimetrías, con una elite de jefes de entes públicos, empresarios contratistas y especuladores. Tras la guerra civil de 1947, la expansión del empleo público benefició exclusivamente a miembros del partido de gobierno, en un clientelismo que se tornó sistémico.

Las incipientes políticas sociales se dieron en medio de nuevas inequidades civiles y políticas, al ser negados derechos a militantes opositores y a líderes obreros. La legislación laboral y agraria fue paralela a la restricción de derechos relativamente respetados en el período liberal. En el campo tributario, se fijó en 1940 el Impuesto Progresivo a la Renta de comerciantes, industriales y bancos.

Inequidades estructurales: el stronismo

Durante el tercio de siglo de gobierno de Stroessner (1954-1989) ciertas brechas se tornaron estructurales. Con ciclos de mayor violencia o cierta distensión, siguieron coartados los derechos y libertades públicas. Se fortaleció el Estado patrimonial con sus prácticas clientelares, y la elite se amplió con empresarios y terratenientes beneficiados con el contrabando, los contratos gubernamentales y la concesión de tierras fiscales.

La lucha de sufragistas logró una reforma electoral, y las mujeres ejercieron su derecho al voto desde 1961. A mediados de esa década se aceleró la colonización agraria, en una “marcha hacia el Este” que desconcentró la superpoblada región Central y dio bases políticas al stronismo. De 1960 a 1980 el Instituto de Bienestar Rural habilitó 1.400.000 ha, incluyendo como beneficiarios a empresarios y jefes políticos y militares.

Los censos agropecuarios registran escasos cambios en la concentración de tierras en más de tres décadas: si en 1956, el 1% de las fincas (las de más de 1.000 ha) controlaba el 87% del territorio, el sector de grandes propietarios poseía aún más del 70% de las tierras en 1991.

Tras la Constitución de 1967, la oposición integró el parlamento, donde las mujeres ocuparon un espacio residual, sin llegar a integrar el gabinete del Ejecutivo ni la Corte Suprema. Paralelamente, la represión contra las Ligas Agrarias, comunistas y organizaciones universitarias violaba múltiples derechos. El acceso al empleo público, al ejército y a los contratos estatales siguió condicionado a la afiliación partidaria.

Tras las altas tasas de crecimiento del PIB (1975-1982) generadas por las hidroeléctricas de Itaipu y Yacyretá, e inversiones en la agroindustria y construcción, en 1982, un 10% de la población seguía analfabeta, y sólo el 2,3% tenía nivel universitario. Sólo uno de cada cinco hogares contaba con agua corriente y dos de cada cinco, con energía eléctrica.

Transición y combate a las desigualdades

La Constitución de 1992 estableció el principio de equidad, que integró paulatinamente el cuerpo legal y la agenda de instituciones públicas. Pero la transición

coincidió con la globalización, de fuerte impacto en la economía y la sociedad paraguaya. El agro negocio (carne, granos) se impuso sobre la economía campesina, y se aceleró la urbanización. Esto agravó la distribución desigual de las tierras: en el 2008, las fincas de menos de 50 hectáreas (91,4% del total), controlaban apenas el 6,3% del territorio.

En estas casi tres décadas se expandió la cobertura educativa. Las mujeres lograron derechos civiles e integraron el gabinete del Ejecutivo y la Corte Suprema, pero múltiples desigualdades y exclusiones de derechos castigan aún a los indígenas, el campesinado y la población urbana pobre.

El sistema tributario tuvo reformas: la ley de Reordenamiento administrativo y readecuación fiscal y el Impuesto a la Renta Personal ampliaron la base de contribuyentes y generaron mayores recursos. La inversión social se duplicó (de 6,3% del PIB en 2003 a un 12,6% en 2017), pero sigue siendo baja respecto a la región. Se amplió la cobertura de programas sociales, de fondos para vivienda, de asistencia agrícola y capacitación laboral. El acceso de hogares a la energía eléctrica es casi universal, y siete de cada diez viviendas cuentan ya con agua potable.

El universo de desigualdades empezó a ser percibido, registrado y tratado como problema de Estado. Los logros de la transición son innegables, pero lentos e insuficientes respecto a la amplitud de las inequidades existentes.

Un sistema tributario no equitativo

Las políticas fiscales son el principal instrumento del Estado para hacer efectivos los derechos humanos y disminuir las desigualdades. Abarcan la política tributaria (recaudar recursos de manera genuina) y el gasto público (para satisfacer derechos y promover el desarrollo), que contribuye a la función del Estado de redistribución.

Paraguay se sumó a los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030. Estos ODS plantean “Reducir la desigualdad en y entre los países”, aumentar relativamente los ingresos del 40% más pobre, lograr la inclusión social e igualdad de oportunidades. Y compromete a los Estados a “adoptar políticas, en especial fiscales, salariales y de protección social, y lograr progresivamente una mayor igualdad”.

Las políticas fiscales expresan el mayor o menor compromiso del Estado en lograr la equidad. En la reducción o amplificación de las desigualdades, juegan tanto el gasto público como los ingresos: aunque menos visible que el gasto público, también la política tributaria influye sobre los procesos sociales y económicos, que a su vez inciden sobre las desigualdades.

En el Paraguay, las brechas estructurales (ingreso, acceso a activos, género, lugar de residencia, idioma, etc.) coinciden con un sistema tributario regresivo, basado en impuestos indirectos y con muchos gastos tributarios, lo que beneficia a contribuyentes de mayores ingresos y permite altos niveles de evasión y elusión.

Este tipo de sistema dificulta la vida a personas de menores ingresos, e impacta desproporcionadamente en la economía de las mujeres. A esto se agregan la insuficiencia e ineficacia del gasto social del Paraguay, y la escasez de políticas con enfoque de género, generando una ecuación tributos/gastos muy inequitativa.

Persiste la baja presión tributaria en Paraguay, pese al ritmo de crecimiento del país. La presión tributaria de 12,7% es incluso inferior al promedio (19%) de América Latina y el Caribe. Contribuyen a esto las bajas tasas impositivas, el alto nivel de evasión, elusión y del gasto tributario, los flujos ilícitos, las numerosas exoneraciones y deducciones y la baja capacidad de recaudación.

Esto resulta preocupante considerando la urgencia de una mayor inversión social, y los compromisos financieros asumidos a futuro. En este contexto, el acelerado ritmo de emisión de la deuda atenta contra el equilibrio de las finanzas públicas.

Los impuestos constituyen dos terceras partes del ingreso del Estado. Entre los impuestos indirectos está en primer lugar el del valor agregado (IVA) a la enajenación de bienes y servicios; en segundo, el impuesto selectivo al consumo (ISC) aplicado a determinados productos; seguido por aranceles aduaneros a la importación. En el 2016, dos tercios del total recaudado provenían de dos impuestos indirectos, el IVA (53,4%) y el ISC (13,3%).

Los tributos directos abarcan el Impuesto a la Renta de las Actividades Comerciales, Industriales y de Servicios (IRACIS); el que grava la Renta Agropecuaria (IRAGRO); y el de la Renta Personal (IRP), que grava ganancias de personas de altos ingresos. Juntos, aportaron solo el 22,7% de los ingresos tributarios, y los dos últimos (IRAGRO e IRP) aportaron una proporción ínfima (menos del 3%).

Al ser indirecto, el IVA (mayor aportante al fisco) golpea en mayor grado a los grupos de menores ingresos y a las mujeres. Aunque el argumento usado es su

facilidad de recaudación, en realidad no genera rechazo de grupos de altos ingresos (y gran capacidad de presión), y su implementación es políticamente menos conflictiva.

El tributo directo más equitativo, el de la Renta Personal, tiene un rendimiento residual y su aporte sigue siendo ínfimo, pese a la ampliación progresiva de su base tributaria. La baja e inequitativa carga tributaria y la ineficiencia de su recaudación generan recursos públicos insuficientes. Persisten entonces tanto las falencias del Estado en lo que respecta a garantizar derechos económicos, sociales y culturales, como a disminuir las desigualdades.

La educación y la salud reciben mayores inversiones, reduciendo brechas de género y territoriales respecto al acceso. Pero las políticas de empleo, protección social y cuidado –cruciales para la población en situación de pobreza, y las mujeres– cuentan con menor financiamiento. En un sistema inequitativo, gran parte de los bienes y servicios adquiridos para el hogar pagan impuestos indirectos, reduciendo la capacidad adquisitiva del ingreso. Esto profundiza las desigualdades socio-económicas y de género, acentuando su regresividad en mujeres de bajos ingresos y/o jefas de hogar.

La inequidad fiscal se refuerza por las características socioeconómicas y ocupacionales de las mujeres: están sobre-representadas en los estratos más bajos, porque asumen en exclusividad el cuidado de los hijos/as y del hogar y se ven obligadas a trabajar menos tiempo por un salario. Además, ganan menos por el mismo trabajo, sufren discriminación y/o violencia de género, etc.

Están sobre-representadas en la economía informal y en trabajos peor pagados como el empleo doméstico. Quedan así fuera de los sistemas de protección social, son más vulnerables a problemas de salud, y sufren más que los hombres el impacto de políticas de precarización laboral y los recortes en la inversión social.

Políticas de protección social

La protección social un derecho fundamental de las personas, para lograr su autonomía y poder ejercer plenamente otros derechos. Abarca políticas y programas destinados a enfrentar las contingencias que pueden afectar su calidad de vida, salud y trabajo. En América Latina, los primeros programas de protección se centraron –desde fines del siglo pasado– en el combate a la pobreza extrema.

En la actualidad, el piso de protección social incluye garantías básicas y acceso a bienes y servicios en atención de salud; y de seguridad del ingreso para los niños/as, que asegure su alimentación, educación, cuidados, etc., para personas en situación de enfermedad, desempleo, maternidad e invalidez, y las de tercera edad.

Paraguay adhirió a Pactos, Convenciones y Acuerdos internacionales, y su sistema jurídico contiene artículos que garantizan formas de protección social. En lo que respecta al sistema contributivo, existen Cajas Fiscales para trabajadores del sector público, y un Instituto de Previsión Social para trabajadores y empleados públicos y privados, de baja cobertura nacional.

En sistema no contributivo, desde la década del 2000 hubo programas focalizados en poblaciones vulnerables o en situación de pobreza extrema: Tekoporã, Abrazo, el Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) para sectores de la población infantil; de alimentación escolar y la Pensión Alimentaria para Adultos Mayores (PAM).

El PNUD, el Banco Mundial, y técnicos independientes trabajaron ya categorías más complejas que la de comparar pobreza (y extrema pobreza) y población no pobre, incorporando la movilidad (ascendente o descendente) entre cuatro nuevas categorías. Con base en la nueva metodología, la población paraguaya se estatificó (EPH, 2016) en: a) situación de pobreza, un 29% del total; y b) de vulnerabilidad, un 44%. Es decir, casi tres cuartas partes de la población se encuentran en condiciones de pobreza o en riesgo de estarlo. El c) estrato Medio abarca un 26%, mientras el de Alto nivel de ingreso comprende 1,2% del total.

Si años consecutivos de crecimiento económico, con diversos programas sociales en marcha, lograron disminuir la pobreza y ampliar las clases medias en el país, las tasas menores de crecimiento y políticas inestables de protección social pueden frenar estos avances, y acelerar la movilidad descendente de los primeros estratos.

Aunque diluida, la pobreza persiste

Pese a que entre el 2006 y el 2012 cayeron tanto las tasas de pobreza y de pobreza extrema, esta condición negativa afecta aún a tres de cada diez paraguayos/as, sobre todo en áreas rurales. Como la disminución lograda en esos años no pudo mantenerse, en el último quinquenio las tasas se mantuvieron estancadas.

Estos niveles de pobreza obedecen, en parte, a la inequitativa distribución de ingresos entre la población. Para el 2015, el coeficiente de Gini se situaba en 0,4714 en Paraguay, que se posicionó así en segundo lugar de desigualdad en el continente.

Dos tercios de la población bajo pobreza o pobreza extrema es joven, y la proporción de hogares en esa condición, con jefatura femenina, alcanza dos quintos del total en áreas urbanas. Con 6,3 años de estudio completados en promedio, ni siquiera alcanzan la formación del ciclo escolar básico. Y sólo uno de cada cinco jóvenes (18 a 24 años) de ese estrato asiste a algún centro educativo. Eso supone un fuerte déficit para ingresar a un mercado laboral cada vez más exigente en formación y competencias.

La salud es otro derecho casi ausente: sólo 6 de cada 100 personas en situación de pobreza tienen algún seguro médico (IPS u otros), mientras esa tasa se eleva a 71% en el estrato de altos ingresos. La falta de cobertura médica supone no sólo un alto “gasto bolsillo” en salud, sino también el endeudamiento y la pérdida de los escasos activos ante una enfermedad o accidente grave.

Más de un tercio de la población en condición de pobreza está desempleada o sub-ocupada. Y de las personas de 65 años o más en situación de pobreza, menos de un tercio cuenta con una pensión alimentaria. Combinados, los tres factores de desigualdad (pobreza, ruralidad y sexo) potencian sus efectos.

Pese a la expansión de su cobertura, el programa emblemático de protección social, Tekoporã, beneficiaba en el 2016 menos de un cuarto de hogares con niños/as y adolescentes en situación de pobreza, tasa reducida a menos de un décimo de los hogares urbanos.

Salud: entre avances y rezagos

El derecho a la salud también está en Paraguay garantizado por Declaraciones universales, Pactos, Convenciones y Declaraciones internacionales, además de la Constitución y Códigos. Su satisfacción es indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos, que a su vez determinan la posibilidad de gozar una vida saludable.

El Sistema Nacional de Salud abarca al Ministerio Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), las Sanidades Militar, Policial y de la Armada, el Instituto de Pre-

visión Social (IPS), y la Universidad Nacional (Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil); y en forma descentralizada, los servicios sanitarios de Gobernaciones y municipios. El MSPBS y el IPS tienen a cargo la atención de salud de más del 90% de la población, mientras la medicina privada cubre menos del 7% de la misma.

Entre el 2005 y el 2014, aumentó el porcentaje del gasto público en salud respecto al PIB (de 2,7% a 4,5%). El Programa de Atención Primaria de la Salud permitió aumentar drásticamente la cobertura de servicios especialmente en el sector rural y al quintil más pobre. También se ha logrado reducir el gasto de bolsillo en salud, gracias al acceso a los medicamentos tras la consulta: entre el 2006 y el 2015, éste creció de 22,8% a 62,6% en áreas rurales, y de 28,6% a 58,4% en las urbanas.

Pese a avances recientes, la lógica del sistema sanitario paraguayo sigue centrada en tratar la enfermedad (más que en prevenirla o rehabilitar al paciente), y en el tratamiento hospitalario. Y el sistema no logra articular servicios en su interior ni complementar funciones con el IPS.

Desde el 2008/9, unas ochocientas Unidades de Salud Familiar (USF) se localizan en los distritos de mayor pobreza. Estas unidades hacen de puerta de entrada al sistema de salud (evalúan cada caso y lo derivan a otros Policlínicos de Especialidades, de Urgencias u hospitalarias); y de promotores de la salud y la calidad de vida en su territorio.

En el 2016 los servicios de las USF lograron cubrir con sus servicios un 33% del total de la población, esto es, precisan triplicar su número para lograr una cobertura universal. Como su cobertura total excede el volumen de población en situación de pobreza, cumplen ya con su objetivo de atender a las poblaciones más vulnerables. Los departamentos menos cubiertos por las USF son Caaguazú, Central, Amambay y Alto Paraná.

La tasa de personas que enferman o se accidentan tuvo un notable salto (23% a 38%) en la última década, explicable en parte por el aumento paralelo de accidentes de transporte. Pero al mismo tiempo creció la tasa de personas enfermas o accidentadas que consultaron, sobre todo en el área rural (llega al 78,5%) y entre personas en condición de pobreza (86,1%), debido a la gratuidad de consultas y provisión de medicamentos básicos en el sistema público.

Sin embargo, el gasto de bolsillo sigue frenando el acceso a la salud. El tratamiento de una enfermedad o accidente grave arroja muchas familias a la pobreza o pobreza extrema, por el gasto de bolsillo en medicamentos, exámenes y hospitalización e internación.

Una cuarta parte de la población paraguaya cuenta ya con seguro de IPS o privado, proporción que se eleva a más del tercio en zonas urbanas y cae drásticamente en zonas rurales (13%) y en el quintil más pobre (3%). Pese a haber crecido casi 6 puntos porcentuales entre el 2006 y el 2016, esta tasa continúa siendo baja a nivel nacional.

De este modo, casi cinco millones de personas están sin seguro público o privado, y deben acudir a los puestos, centros de salud y hospitales públicos, que cubren en forma gratuita la atención, pero no los medicamentos o insumos, y son insuficientes para cubrir la alta demanda de operaciones complejas e internaciones hospitalarias.

Dos indicadores relevantes mejoraron en ese lapso, aunque sin alcanzar las metas de los ODM: la razón de mortalidad materna cayó a 81,8 en el 2015 (con fuertes sesgos por regiones geográficas); y la tasa de mortalidad infantil bajó a 14,2 por mil nacidos vivos, aunque con similares sesgos.

Bajos impuestos dañan la calidad de vida

Las políticas tributarias inadecuadas afectan la calidad de vida y la morbi-mortalidad de la población. Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) –diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias crónicas y los cánceres– y sus factores de riesgo –la obesidad, el tabaquismo– general crecientes desafíos al sistema de salud.

El consumo de bebidas azucaradas (gaseosas, jarabes, extractos) provoca sobrepeso, obesidad y diabetes, que en conjunto afectan tres quintas partes de la población adulta, y son responsables, en Paraguay, de un décimo de las muertes en mayores de 15 años. Casi un 15% de la población consume tabaco, y se estiman en 3.351 las muertes anuales por enfermedades –cardíacas, pulmonares, ACV, cáncer– atribuibles al tabaquismo. Más de la mitad de la población consume regularmente alcohol, cuyo abuso es responsable de miles de muertes anuales, en accidentes de tránsito y violencias contra terceros.

Estos productos –alcohol, bebidas azucaradas, cigarrillos– mantienen bajos precios, debido al porcentaje ínfimo de impuesto que pagan. De tal modo que, en uno de estos casos, el sistema de salud del Paraguay invierte en tratar enfermedades atribuibles al tabaquismo cinco veces más que la recaudación impositiva al tabaco.

Un aumento de impuestos selectivos a las bebidas azucaradas, el alcohol y el tabaco permitirá no sólo elevar la recaudación fiscal, sino también mejorar la calidad de vida de la población y disminuir los altos costos generados por su consumo al sistema nacional de salud.

Lentas mejoras del agua potable y saneamiento

El agua es esencial al bienestar humano, relacionado con la alimentación, la higiene, la prevención y el tratamiento de enfermedades. Paraguay ratificó pactos y convenios internacionales, y tiene leyes que declaran al agua potable como derecho humano fundamental. Los proveedores públicos de servicios de agua potable y alcantarillado son la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay (ESSAP) y el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA), con un ente de regulación y control (ERSSAN).

En la última década, la tasa de hogares con acceso al agua potable vía redes de ESSAP/ SENASA creció 8 puntos porcentuales (57,4% en el 2015), mientras la de aquellos que acceden vía redes comunitarias subió 5 puntos porcentuales (12,8%). La extensión de cobertura de redes públicas fue mayor para hogares del quintil más pobre, pero la mitad de estos hogares aún accede al agua a través de redes comunitarias o privadas, pozos, manantiales o tajamares.

Los sesgos territoriales siguen siendo graves: si casi todos los hogares asuncenos están proveídos por redes públicas, en Alto Paraná esta proporción cae a menos de la cuarta parte. Los étnicos son aún más intensos: según el Censo Indígena del 2012, apenas el 15% de hogares indígenas contaba con acceso a agua corriente, el resto usaba agua de manantiales, tajamares, ríos o arroyos, y pozos sin bomba. De cualquier modo, Paraguay logró en el 2015 la meta de los ODM de reducir a la mitad el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable.

El alcantarillado sanitario tuvo mínima expansión en el mismo lapso (3,7 puntos porcentuales en 10 años, llegando a 11,9% en el 2015); nueve de cada diez hogares sigue empleando pozos ciegos o letrinas comunes. También en este servicio hay sesgos económicos: en el quintil más bajo, casi 7 de cada diez personas utilizan la letrina común. Según el Censo del 2012, apenas el 3,8% de hogares indígenas contaba con “baño moderno y pozo ciego”.

Educación: mayor cobertura, rezagos en eficiencia y equidad

Tanto los Protocolos y Convenios Internacionales, como la Constitución y sucesivas leyes nacionales, proclaman el derecho a la educación integral y permanente. El país logró notables progresos en la cobertura educativa, aunque sin salvar varias asimetrías en la garantía de este derecho. En la última década se destinó en promedio un 4,3% del PIB y el 19,5% del gasto público a financiar la educación pública, de modo que su presupuesto prácticamente se triplicó en ese lapso.

Esto ubica a Paraguay en el nivel medio-bajo de inversión pública en educación respecto al resto del mundo (Banco Mundial). De esa inversión, un 93% se dirige a gastos corrientes (salarios y otros), y apenas un 7% a gastos de capital (infraestructura, equipos, etc.).

Como resultado, aumentaron los años promedio de estudio de la PEA, y cayó la tasa de analfabetismo, aunque manteniendo sesgos geográficos y de género. Si bien tres de cada cinco niños/as de 3 a 5 años no están matriculados en la educación inicial, el acceso al sistema educativo mejoró en todos los rangos de edad. En niños/as de 6 a 11 años el acceso es casi universal (98,4% en 2015); y cuatro de cada cinco adolescentes de 15 a 17 años están en el sistema educativo. Persisten ciertas brechas geográficas: la población rural en edad escolar que asiste a un centro educativo, es menor cinco puntos porcentuales que la urbana.

En la región latinoamericana (CEPAL) las personas requieren, para tener chances de salir de la pobreza o no caer en ella, un mínimo de 10 a 12 años de educación formal. En el 2015, la población paraguaya de 25 años y más de edad tenía un promedio de 8,75 años de estudio, con sesgos geográficos en detrimento de la población rural. Si en el tercer ciclo de la Escolar Básica, uno de cada cinco adolescentes está fuera del sistema educativo, la proporción aumenta en la Educación Media, lo que ubica al país entre los de menor tasa neta de escolarización secundaria en la región.

A nivel nacional, en la última década se mantuvo sin cambios (54% en el 2015) la tasa global de población en edad escolar no matriculada en alguno de los ciclos: los ciclos extremos, el Inicial y el Bachillerato, contribuyen con mayor peso a este déficit general de cobertura.

De los indicadores de eficiencia del sistema educativo, el de abandono escolar varía entre 4,8% en el tercer ciclo de la EEB, hasta 3,5% en la del Primer y Segundo

Ciclo, con sesgos territoriales. Idénticas asimetrías muestra el indicador de tasa de retención, que sin embargo saltó a casi 41% en la cohorte de 12 años 2004-2015. Esa misma cohorte presentó la mejor tasa de egreso, casi 54%.

Eficiencia de la inversión pública en educación primaria

El Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación (LLECE-TERCE), en sus mediciones periódicas, ubica a Paraguay por debajo de la media regional en materias del nivel primario como lectura, escritura, matemáticas y ciencias naturales. El país ha priorizado su inversión educativa en ampliar la cobertura, dejando de lado la calidad del sistema educativo.

Usando estas cifras como una de las variables, junto a las de Gastos por alumno/a y la razón de cantidad de alumnos/as por profesor/a, se mide la eficiencia del sector público en América Latina y el Caribe. Paraguay está entre los países que menos invierte en educación primaria por alumno, pero en la variable cantidad de alumnos por profesor, se ubica entre países bien posicionados como Argentina y Chile.

Con enfoque en los insumos (cómo optimizar su uso para obtener una cantidad de producto), el Paraguay se ubica en el puesto 13 (entre quince países) al relacionar las variables alumnos por profesor y desempeño escolar. Es decir, dotar un profesor/a por cada 18 alumnos/as tiene escaso impacto en el rendimiento del aprendizaje. Al relacionar inversión per cápita y resultados en las pruebas, Paraguay está en el puesto 7. Uruguay, con similar inversión per cápita, logra un rendimiento muy superior.

Con un cálculo inverso, enfocado en los productos (cómo maximizar resultados con una inversión mínima de recursos), se calcula la ratio del desempeño respecto a dos insumos: gasto público per cápita y el número de profesores por aula. Paraguay se ubica en noveno lugar en la ratio notas TERCE/gasto per cápita y relación número de alumnos/as por profesor, y en octavo en la de notas TERCE/gastos per cápita.

El trabajo de cuidado adiciona desigualdades

Las desigualdades se adicionan y potencian entre sí: las de género se entrelazan con las del área de residencia, del idioma hablado o del nivel económico. Acumulándose a estas asimetrías, hay otras que obstaculizan el ejercicio de los derechos. El cuidado abarca los bienes y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio. Incluye así no sólo el cuidado material (implica trabajo) o el económico (implica un costo), sino también el psicológico (supone vínculos afectivos).

Sus tareas no se limitan a atender personas adultas mayores, niños/as, con discapacidad o enfermedad dentro del hogar: abarcan hacer compras, pagar cuentas, cocinar y limpiar, y en áreas rurales, cultivar alimentos o criar animales para el auto-consumo, colectar agua y leña, etc. Estos trabajos (dentro y fuera del hogar) benefician a todos los integrantes de la familia y no solo a las personas dependientes.

Convenios y Consensos internacionales, una meta de los ODS y artículos de la Constitución paraguaya ratifican el cuidado como un derecho, señalando la corresponsabilidad de hombres y mujeres en esas tareas de cuidado familiar, y los deberes del Estado al respecto.

La primera Encuesta del Uso del Tiempo midió las horas que hombres y mujeres destinan al trabajo remunerado y no remunerado, ilustrando cómo se entrelazan y potencian las brechas económicas, de género, etnia y territorio en las tareas de cuidado.

En las franjas etarias extremas –niñez y personas adultas mayores–, y en ciertos grupos (personas con discapacidad o enfermedad crónica), el cuidado determina la calidad de vida. En las últimas dos décadas, la tasa de población de 0 a 14 años cayó algo, pero la de la población de 65 años y más aumentó ligeramente. Según la EPH 2016, más de un tercio de la población se encuentra en esos dos rangos de edades que requieren cuidado.

En la población económica inactiva (la que no está ocupada ni busca trabajo) las brechas de género disminuyeron algo, pero las mujeres aún presentan una tasa de inactividad que quintuplica la masculina, en parte porque sobre ellas recaen todas las tareas del hogar y de cuidado.

Según los resultados de esa Encuesta, los hombres participan mucho más en las actividades productivas remuneradas (65,5%) que las mujeres (42,2%). Ellos asignan tres cuartas partes del tiempo a tareas remuneradas, mientras las mujeres emplean tres quintas partes de su tiempo a tareas domésticas y de cuidado. Al

sesgo de género se adiciona el geográfico: las campesinas emplean en tareas no remuneradas doce horas semanales más que las mujeres urbanas.

Ellas dedican de casi 15 horas semanales más que los hombres a diversas tareas no remuneradas como el cuidado de familiares con alguna dependencia, de niños/as menores de 5 años, a la cocción y actividades ligadas a la alimentación familiar. Debido a una conjunción de factores –sobrecarga de tareas de cuidado sobre las mujeres, escasa corresponsabilidad de hombres en esas tareas, bajísima cobertura de los servicios públicos de cuidado–, la mejora en el nivel educativo femenino no se traduce en mejores oportunidades laborales para ellas.

Esto es visible en los diferentes tipos de empleo: para los hombres, la primera categoría ocupacional es el trabajo en el sector privado (46%); para las mujeres, el trabajo por cuenta propia (36%). Un 15% de la PEA femenina se desempeña en el empleo doméstico, sin relevancia estadística para los hombres, y una tasa similar, en trabajos familiares no remunerados.

No se trata sólo del tipo de ocupación sino de la carga horaria: sumando el trabajo remunerado y el no remunerado, ellas trabajan en promedio unas 6 horas semanales más que los hombres (o inclusive 9 horas, las trabajadoras por cuenta propia rurales).

A nivel país, tres de cada cinco mujeres de 18 años y más ocupadas en el mercado están en las categorías ocupacionales más precarias: trabajo por cuenta propia, trabajo doméstico, y empleo no remunerado. Carecen allí de seguridad social, tienen ingresos inestables o ninguno, y realizan tareas de baja productividad. La división sexual del trabajo en los hogares reduce sus opciones laborales en el mercado, y las lleva a trabajar en ocupaciones más precarias, de mayor flexibilidad de entrada y salida, que requieren pocos activos e información.

Hay una leve superioridad de mujeres desempleadas (52%) que hombres en esa situación, y hay 1,5 veces más mujeres que hombres en el subempleo visible. A nivel nacional, casi dos quintas partes de las mujeres de 15 años y más carecen de fuentes de ingreso propio, tasa que se eleva a casi la mitad en las mujeres rurales.

Las inequidades territoriales

La reducción de la pobreza a nivel país se relativiza al comparar las tasas actuales de pobreza de ciertos departamentos con las que tenían hace quince años: las

de Caazapá, Concepción, San Pedro y Caaguazú superan hoy el porcentaje a nivel país de inicios de este siglo. En lo que respecta a los Índices de Gini, que miden la desigualdad, los de Boquerón y Pte. Hayes expresan una concentración del ingreso sin precedentes en las estadísticas locales.

Estos datos ilustran la relación entre pobreza y desigualdad, y la evolución de ambas condiciones negativas en los últimos años. En 2016, once departamentos tienen niveles de pobreza superiores a la tasa nacional (28,9%): Caazapá, Concepción, San Pedro, Caaguazú, Paraguairí, Guairá, Misiones, Canindeyú, Ñeembucú, Alto Paraguay e Itapúa. Y ocho de estos once departamentos tienen peores Índices de Gini que el nacional.

Solo Central, Amambay, Alto Paraná y Cordillera tienen niveles de pobreza y desigualdad inferiores al promedio nacional. Aun así, en Central, con el índice de Gini más bajo (0,3853) de los diecisiete departamentos, el decil más rico tuvo ingresos promedio 22 veces superiores a los del decil más pobre del departamento.

La EPH 2016 registra gran diferencia de ingreso laboral promedio, tanto entre deciles, como entre departamentos. El promedio mensual de todos los ingresos laborales por persona fue de Gs 103.199 en el decil más pobre; y 36 veces superior, de Gs 3.730.692, en el más rico. Pero en Cordillera el ingreso promedio del decil más pobre es de apenas Gs 82.383, mientras el del más rico, en Boquerón, alcanza Gs 11.554.749.

Estas desigualdades en la distribución del ingreso se relacionan al modelo económico, caracterizado por la expansión agro-empresarial de granos y ganadería intensiva, frente a la pequeña agricultura familiar en crisis, a una estructura del empleo con fuerte peso de trabajadores cuentapropistas, al alto grado de informalidad y al bajo nivel de protección social.

Ese año, la población económicamente inactiva (PEI) abarcó un 37,4% del total, tasa mayor aun entre las mujeres, adolescentes, jóvenes estudiantes y personas de la tercera edad. Esta tasa supera a la nacional en departamentos de alto nivel de pobreza como Concepción, o alta desigualdad, como Pte. Hayes y Canindeyú. Por su parte, los de mayores tasas de desempleo abierto son Central y Alto Paraná; y los de mayor subempleo, Misiones, Concepción, Cordillera y Ñeembucú.

En lo que hace al acceso a la cobertura de la educación escolar básica y media, el EPH 2016 registra brechas departamentales. La tasa nacional de casi 90% desciende 6 puntos porcentuales en Itapúa, y aumenta unos 5 puntos en Ñeembucú. En lo que respecta a la salud, la tasa de personas que consultaron servicios insti-

tucionales a nivel país (75,5% en el 2016) se eleva bastante en Asunción, Guairá, Paraguari y Ñeembucú.

El acceso de viviendas al agua potable a través de servicios de ESSAP o SENASA era del 55% a nivel nacional, es sin embargo casi universal en Asunción, abarca tres cuartas partes en Cordillera y Paraguari, y dos tercios de las viviendas en Itapúa.

Finalmente, también los programas de protección social benefician en forma diferente los departamentos. En ciertos casos, tienden a reducir las brechas: si un 73% de niños/as y adolescentes en instituciones educativas acceden a la alimentación escolar, esa tasa supera las cuatro quintas partes en departamentos de mayor pobreza y desigualdad (Guairá, Caazapá, Misiones y Concepción), y en Pte. Hayes, el de mayor desigualdad, casi alcanza el 90%.

Pero las desigualdades se agravan respecto a otros servicios: la PEA ocupada con seguro médico del IPS (26% a nivel nacional), está prácticamente concentrada en la capital (52%), y sólo en Central y Pte. Hayes llega a cubrir al tercio de la población laboral. Algo similar sucede con el acceso a programas de jubilaciones y pensiones, cuyo promedio nacional (42,4% de la PEA ocupada) sólo es superado en Asunción, Ñeembucú y Central. En Canindeyú, de alto nivel de pobreza y desigualdad, estos programas abarcan apenas a la cuarta parte de su PEA. La pensión alimentaria para adultos/as mayores (PAM) beneficia a tres de cada diez personas en condición de pobreza de 65 y más años. San Pedro, Cordillera, Central y Caaguazú concentran casi la mitad de personas incluidas en estos programas.

La descentralización de recursos no garantiza equidad

Los fondos departamentales, históricamente insuficientes, aumentaron radicalmente desde el 2009, con transferencias del Gobierno Central como medida anti-crisis. Poco después, departamentos y municipios empezaron a recibir el 50% de los royalties de Itaipu y Yacyretá, y transferencias del Fondo Nacional para la Inversión y el Desarrollo. De este modo, el ingreso total de las gobernaciones casi se triplicó entre el periodo 2003-08 y el 2013-16.

La creciente transferencia de fondos, y la descentralización de la gestión de programas sociales no generaron mayor eficiencia de la inversión pública, ni una

mejor distribución de los servicios básicos. Los gobiernos descentralizados tienen similares vicios políticos (clientelismo) y prácticas poco transparentes (corrupción) que el gobierno central, y sufren de mayor debilidad institucional en la gestión local.

Conclusiones

Tanto el *corpus* jurídico como los Acuerdos y Compromisos internacionales signados por el Estado paraguayo reconocen el principio rector de la igualdad. De este modo, la persistencia de complejas inequidades no obedece tanto a falencias insalvables del sistema legal, como a la incapacidad del aparato de Estado en garantizar efectivamente los derechos a toda la población, sin discriminación ni exclusiones.

Sistema tributario para la equidad

El primer obstáculo es la insuficiencia de recursos financieros (y, por ende, la baja inversión social), lo que remite al sistema tributario. Los diagnósticos sectoriales coinciden en la urgencia de reformar este sistema bajo el principio de progresividad: básicamente, el Estado debe recaudar más (en volumen y en proporción) de los sectores de altos ingresos, reduciendo radicalmente la elusión y la evasión impositiva.

Esta reforma permitirá subsidiariamente reducir los impactos del sistema regresivo actual sobre los sectores sociales más vulnerables, y sobre la población femenina, que lejos de acortar algunas brechas existentes, las potencian. Una reforma semejante implica procesos que exceden –aunque incluyen– el cambio de las leyes tributarias vigentes.

Supone corregir irregularidades en la recaudación y el gasto de recursos públicos, y penalizar la corrupción, impidiendo la captura de rentas del Estado por grupos corporativos. Una gestión pública eficiente, equitativa y transparente devolvería la confianza en las instituciones del Estado, promoviendo mayor responsabilidad tributaria en la ciudadanía.

En segundo lugar, el Estado paraguayo debe mejorar drásticamente su inversión social, tanto en volumen (porcentaje del PIB y del PGN) como en eficiencia

y transparencia del gasto. Y en tercero, incorporar efectivamente el principio de equidad en el diseño y en la gestión de sus distintas políticas públicas.

Las inequidades territoriales respecto a servicios públicos y programas sociales prueban que estos tres pilares –recursos suficientes, gestión pública adecuada e imperio del principio de equidad– funcionan en forma asociada. Aunque desde la administración central se han transferido crecientes recursos a gobiernos departamentales y municipales, las desigualdades persisten al interior de estas unidades, y entre ellas.

Los fondos monetarios solos no bastan: el éxito de las políticas descentralizadas exige paralelamente mejores recursos humanos, tecnológicos, etc. Además de reformar leyes como la del FONACIDE, cuya distribución privilegia unos departamentos/ municipios sobre otros, urge mejorar el control de la gestión y ejecución presupuestaria de los gobiernos descentralizados, con participación ciudadana.

Una condición –señalada en varios capítulos– que subyace a este conjunto de reformas es la de investigaciones periódicas sobre las desigualdades, y sobre el impacto real de políticas y programas dirigidos a disminuir las múltiples brechas. El Estado cuenta con cifras estadísticas –locales, como las de la DGEEC y algunos ministerios, e internacionales como las de TERCE y PISA, las del PNUD o la CEPAL– pero su procesamiento no es sistemático, o en muchos casos resulta inexistente.

El diseño, la gestión y la evaluación de las políticas exige mayor comprensión de los factores asociados a riesgos, vulnerabilidades y exclusiones sufridas por distintos sectores de la población. Desde la universidad, la academia y agencias, es preciso crear “Observatorios de derechos”, cuyos diagnósticos periódicos midan las brechas –y exclusiones– que castigan a la población, y los factores que las determinan y alteran. Incluyendo en estas investigaciones variables como las étnicas, socio-económicas y de edad, y los enfoques de género y de territorio.

Salud

Para que el Estado garantice efectivamente los derechos, se adicionan requerimientos específicos para cada área. En lo que respecta a la salud, es urgente expandir la red pública de servicios, priorizando recursos hacia la atención primaria (APS) y las USF. Limitaciones específicas del sector –segmentación, duplicación de recursos– pueden salvarse en la transición hacia un Sistema Único de Salud, bajo principios de universalidad, integralidad, equidad, gratuidad, participación social, e interculturalidad.

La red pública puede articularse con los servicios del IPS, avanzando en el acceso gratuito a servicios simples y complejos y en la provisión de los medicamentos e insumos a las poblaciones de menos recursos. Esto es especialmente urgente respecto a la población indígena: una Política de Salud Indígena debe ampliar su acceso a los servicios de diferente complejidad, con un enfoque intercultural.

Finalmente, el sistema de salud debe acompañar la transición epidemiológica desde las enfermedades transmisibles hacia las Crónicas no Transmisibles (cáncer, cardiovasculares, diabetes y pulmonares obstructivas), hoy responsables de una alta morbi-mortalidad en el país. El Estado debe ir más allá de la atención médica, y actuar en la prevención de sus factores de riesgo (obesidad, tabaquismo y alcoholismo). Eso supone regular la comercialización y consumo de bebidas azucaradas, alimentos hiper-procesados, del tabaco y de las bebidas alcohólicas, y promover la alimentación saludable de la población.

Tras ratificar los Convenios de la OMS respecto al Tabaco, el alcoholismo, la obesidad, etc., urge reformar leyes tributarias elevando radicalmente las tasas a estos productos, hoy situadas entre las más bajas de la región. Se requieren medidas adicionales rigurosas sobre publicidad, etiquetado, y lugares de expendio del alcohol y el tabaco. Estos recursos tributarios disminuirán los altos costos que estas ECNT generan en el sistema público de salud, y pueden servir a programas de alimentación saludable en escuelas, de prevención de obesidad y de tratamiento de adicciones.

Educación

Como las condiciones socio económicas, geográficas, de etnia y sexo limitan el acceso y permanencia de niños, niñas y adolescentes en el sistema educativo, las brechas se profundizan y reproducen. El Estado paraguayo debe garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a la educación, y garantizar condiciones para que los educandos permanezcan en el sistema y culminen los niveles respectivos.

Se requieren esfuerzos para mejorar la matriculación en todos los niveles, y en las edades pertinentes, evitando así una primera situación de desventaja entre los niños/as que lo hacen en las edades correspondientes y quienes ya iniciaron con sobre-edad.

Nuevas estrategias y mayores recursos permitirán maximizar el desempeño escolar, y mejorar la calidad en todos los niveles educativos. Esto requiere revisar

los diseños educativos y las prácticas dentro y fuera del sistema, mejorar la gestión presupuestaria y controlar la provisión y calidad de recursos adecuados.

Las pruebas TERCE y PISA otorgan al sistema educativo paraguayo parámetro de medición para autoevaluación y análisis. También en esta área, un Observatorio del derecho a la educación, con datos periódicamente actualizados, permitirá análisis comparativos (educación en sector público vs. privado, por niveles, por regiones) y realizar los necesarios ajustes en el sistema.

Agua y saneamiento

Uno de los derechos con mayores déficits es el de la calidad de vida, a través del agua y el saneamiento. El Estado debe expandir radicalmente su cobertura, atendiendo en especial a regiones y sectores sociales hoy excluidos. Si el acceso al agua potable tuvo cierta mejoría a nivel nacional, el sistema de recolección, tratamiento y disposición sanitaria de aguas residuales y excretas sigue limitándose a la capital.

Garantizar el acceso a este derecho requiere el reordenamiento del sector de agua y saneamiento, fortaleciendo la rectoría, la planificación, el financiamiento, la coordinación institucional, la regulación de la prestación del servicio y el control de calidad. El Estado debe asignar ingentes recursos financieros a este sector, a fin de lograr el acceso universal y romper con las inequidades existentes entre departamentos, áreas rurales y urbanas; población general y los pueblos indígenas, etc.

En su función reguladora, debe adoptar políticas adecuadas de precios, respetando los subsidios para hogares urbanos en situación de pobreza, rurales e indígena. Y destinar fondos del tesoro para agua y saneamiento, de modo a asegurar su sostenibilidad, respetando principios de equidad. Esfuerzos mayores se requieren en la vigilancia epidemiológica y el control de la calidad del agua para consumo –con monitoreo a proveedores del sector público y privado–. Y en la efectiva protección de los acuíferos y cursos hídricos, sancionando la deforestación y la contaminación hídrica.

Género, protección social y cuidado

En lo que respecta a las políticas y programas focalizados en reducir desigualdades, es urgente expandir su cobertura y corregir su alta segmentación, con recursos suficientes, sostenibles y recaudados equitativamente. En el diseño o revisión de estas políticas, debe incluirse el principio de universalidad, y asegurar la progresividad de los avances, convirtiéndolas en políticas de Estado.

Su diseño debe abordar las particularidades del ciclo de vida de las personas, el área de residencia, el sexo y otras variables, con enfoques específicos respecto a los Pueblos Indígenas y personas con discapacidad. El Estado debe asumir las tareas de cuidado, hasta hoy asignadas a la esfera privada (y a las mujeres). Y garantizar este derecho fundamental a los niños/as y adolescentes, personas de tercera edad o que sufren enfermedad/discapacidad, como los derechos de quienes cuidan.

