GASTO Y GESTIÓN de la SALUD PÚBLICA

Situación y escenario materno-infantil

José Carlos Rodríguez - Roberto Villalba



id investigación para el desarrollo

py paraguay debate

Unión Europea

Gasto y gestión de la salud pública. Situación y escenario materno-infantil

Equipo de investigación
José Carlos Rodríguez – Investigador
Roberto Villalba – Investigador

Revisión y ajustes
Silvia Denis Scala

Investigación para el Desarrollo

Presidente:
César Cabello

Director Ejecutivo:
Bruno Osmar Martínez

Se agradece a las personas entrevistadas por toda la información brindada para la realización de este trabajo investigativo.

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Investigación para el Desarrollo y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

© Proyecto "Debates y acciones para mejorar la calidad de la inversión social en Paraguay"
© Desarrollo, Participación y Ciudadanía – Investigación para el Desarrollo
Asunción, Paraguay. Febrero 2016

Desarrollo, Participación y Ciudadanía – Investigación para el Desarrollo
Tte. 1º Cayetano Rivarola 7277
Asunción, Paraguay
Tel. +595 21 525526

www.desarrollo.org.py
Diseño y diagramación: Editorial Arandurã

ISBN: 978-99967-811-6-2

ÍNDICE

Síntesis 4
Abstract 4

GASTO Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
SITUACIÓN Y ESCENARIO MATERNO-INFANTIL 5

Objetivos del trabajo 5
Gasto y situación actual 6
Las brechas territoriales 17
Legislación sobre la salud y sus resultados 20
Obstáculos generales del sistema 21
- Recursos y desigualdad 21
- Clientelismo 23
- Corrupción 25
- Discriminaciones y maltratos 28
- Políticas, distancias y gestión 28
- Calidad de vida, inversión pública 30
- Fragmentación y segmentación 31

Obstáculos dentro de cada subsistema de Salud 32
- El hospital, centralidad, demandas solvente e insolvente 32
- El seguro de salud de los asalariados/as 34
- Descentralización. Participación y gestión local 35
- Atención Primaria a la Salud 37

Cuestiones pendientes 39
Bibliografía 40

ILUSTRACIONES

1. GASTO TOTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO 6
2. GASTO ABSOLUTO EN SALUD EN DÓLARES CONSTANTES PER CÁPITA 2012 7
3. GASTOS PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD 2012, EN PROPORCIÓN AL PIB 8
4. GASTO PÚBLICO EN SALUD PÚBLICA EN DÓLARES 9
5. DESCENSO DE LA MORTALIDAD MATERNA POR CADA 100.000 NACIDOS VIVOS 12
6. DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL, MENOR DE 5 AÑOS Y NEONATAL 13
7. GASTO EN SALUD PER CÁPITA (PÚBLICO Y PRIVADO) ANUAL EN EL PARAGUAY, EN CADA UNO DE LOS 3 GRANDES GRUPOS POBLACIONALES. I. SIN SEGURO MÉDICO (75%); II. CON PREVISIÓN SOCIAL O SEGUROS ESTATALES (20%); III. TIPO DE PAGO, SEGUROS Y PAGO PRIVADOS (5%) 14
8. LA CORRELACIÓN ENTRE LAS TASAS DE MORTALIDAD ENTRE LAS REGIONES SANITARIAS 19
9. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD 23

TABLAS

1. COBERTURA DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES EN 2005 Y METAS PROPUESTAS PARA 2013, EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LAS AMÉRICAS 10
2. NIVELES DE PROGRESO DE LA META Y DE LA COBERTURA DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES HACIA 2013, EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LAS AMÉRICAS 11
3. METAS PROPUESTAS PARA EL 2015 Y SITUACIÓN EN EL 2014 15
4. LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL SEGÚN DEPARTAMENTOS 17
5. GASTO EN SALUD TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO EN DÓLARES Y GUARANÍES, Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE GRANDES SECTORES: LOS QUE NO DEPENDEN DE LOS SEGUROS ESTATALES (5%), LOS QUE LOS TIENEN (20%) Y LOS QUE NO LOS TIENEN (75%) 22

RECUADROS

1. SALUD COMO DERECHO 15
2. GRATUIDAD, PREVENCIÓN Y CONCIENCIA 15
3. LA MAYOR CONFIANZA EN EL SISTEMA DE SALUD 16
4. LA NECESIDAD DE RECURSOS 16
5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DIFICULTA LA SALUD 16
6. LAS DESIGUALDADES TERRITORIALES, ¿FOCALIZAR O UNIVERSALIZAR? 19
7. FALTA DE CUIDADO Y MORTALIDAD (UN CASO) 27
8. LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA SALUD PÚBLICA 28
9. RED: JERARQUÍA Y COORDINACIÓN TERRITORIAL 31
10. GESTIÓN HOSPITALARIA MODELO 33
11. PARTIDIZACIÓN CONTRA LA SALUD PÚBLICA 36
12. LA DESCENTRALIZACIÓN DIO LUGAR A CIERTOS ABUSOS 37
13. LAS UNIDADES DE SALUD FAMILIAR, PREVENCIÓN Y ENTRADA AL SISTEMA 38

Síntesis

Con relación al PIB, el Paraguay hace gastos considerables en salud y sus indicadores han tenido una gran mejoría en los años recientes. Pero, aun así, estos resultados son modestos. El país no ha podido cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ni los de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se oponen a una mejoría de la salud el peso de la tradición hospitalaria y privada, que no es accesible para la inmensa mayoría y que no está suficientemente complementada; el desarrollo incipiente de la salud preventiva y centrada en los derechos; algunos vicios crónicos del sistema político que inhiben el desarrollo de la salud pública; los escasos recursos destinados para la medicina primaria y la más compleja; un gasto en salud muy desigual con relación a la población; así como la segmentación y la fragmentación de los servicios.

Para la mayoría de la población, superar la segmentación y el fraccionamiento del Sistema Nacional de Salud requiere la primacía del paradigma de la prevención y de la atención primaria, por delante de la salud curativa y la comercial. También es urgente hacer algo con respecto a la extrema desigualdad de los gastos en salud. El desafío próximo es articular la salud retributiva, individual o de los seguros con la salud no retributiva, así como superar las desigualdades geográficas, con su extrema concentración de las unidades de servicios. Es urgente la inclusión de toda la población al sistema de salud de baja complejidad y, de ahí, avanzar hacia la oferta de servicios de mayor complejidad.

Palabras claves: salud preventiva, salud pública, desigualdad de gastos, inclusión social.

Abstract

In relation to GDP, Paraguay makes considerable spending on health and indicators have been a great improvement in recent years. But still, these results are modest. The country has failed to meet the Millennium Development Goals (MDGs) and those of the World Health Organization (WHO). They oppose health improvement weight of hospital and private tradition, which is not accessible to the vast majority, and that is not sufficiently supplemented; the incipient development of preventive health and rights centered; some chronic defects of the political system that inhibit the development of public health; scarce resources for primary and more complex medicine; an expense uneven in relation to the population; as well as segmentation and fragmentation of services.

For most people, overcoming segmentation and the division of the National Health System requires the primacy of the paradigm of prevention and primary care, ahead of curative health and trade. It is also urgent to do something about the extreme inequality of health expenditures. The next challenge is to articulate the pay health insurance or individual with non retributive and overcome geographical disparities, with its extreme concentration of service units. It is urgent to include the entire population to the health system of low complexity and, hence, move towards offering more complex services.

Key words: preventive health, public health, uneven expenses, social inclusion.

GASTO Y GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA SITUACIÓN Y ESCENARIO MATERNO-INFANTIL

Debates y acciones para mejorar la calidad de la inversión social en Paraguay. Análisis del gasto y finanzas públicas para las políticas de protección social (DCI-NSA/PVP/2014/354-172)

José Carlos Rodríguez - Roberto Villalba

Objetivos del trabajo

Este análisis cualitativo del gasto en salud, y de los caminos para mejorar sus resultados, está focalizado en el estudio de los índices de salud materno-infantiles. Se enmarca en el debate y las acciones que buscan contribuir a mejorar la calidad de la inversión pública en políticas de protección social.

Para ello, la plataforma *Paraguay Debate*, con apoyo de la Unión Europea, focalizó este trabajo en el gasto destinado a la salud pública; y, dentro del mismo, en el componente de la salud materno-infantil. Los índices de salud materno-infantiles indican la primera causa frecuente y evitable de muerte, así como el origen de las principales dificultades futuras de la salud para toda la población. Estos rubros de salud son también los más importantes en términos de política e inversión pública en salud, por la óptima relación costo-beneficio. Generan más bienestar con el menor costo.

El trabajo se basó en entrevistas con personas calificadas sobre el tema; en publicaciones de prensa; en estadísticas y literatura pertinentes; así como en el estudio de la legislación. Se propone subrayar las buenas prácticas, las tendencias positivas, así como los resabios y obstáculos que deben ser superados para elevar los pobres índices actuales de salud. Agradecemos a los profesionales médicos Carmen Gómez, Cristina Guillén, Édgar Giménez, Margarita Bazzano, Nicolás Tanaka, Raquel Escobar y Victoria Peralta, por la apertura y por la generosidad en comunicarnos su valiosa experiencia, así como por resumirnos las valiosas enseñanzas de sus propias investigaciones.

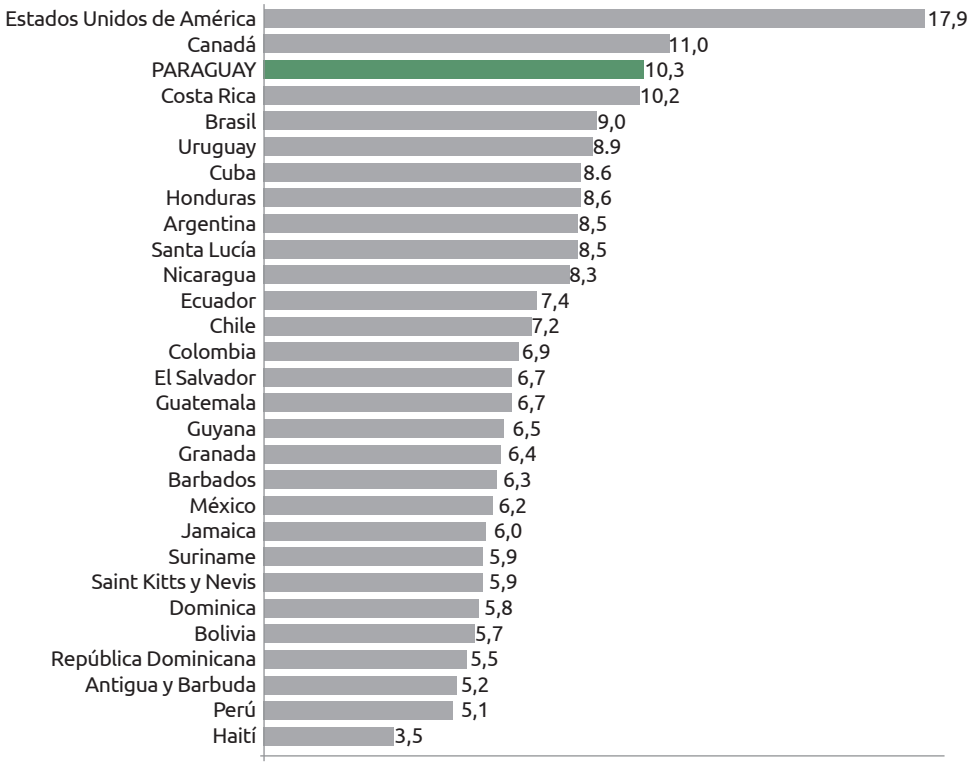
Los informantes han ejercido funciones públicas y/o publicado sus propios trabajos y opiniones sobre estos temas. En algún caso esto ha ocurrido desde otro enfoque, diferente al de nuestras preguntas, pero en la misma orientación. Los firmantes nos hacemos cargo exclusivo de las afirmaciones que acá se defienden.

El objetivo de realizar una síntesis sobre el tema consiste en favorecer su transformación en demandas ciudadanas. Esto es, en alentar los reclamos de derechos sociales constitucionalmente establecidos, difundir los mecanismos, las estructuras, las políticas y las condiciones que favorecen o que dificultan la real vigencia del derecho a la salud en el país.

Gasto y situación actual

El gasto en salud del Paraguay, en términos relativos al PIB, es muy alto: 10,3% del PIB, en el 2012 (Ilustración 1). Aunque en números absolutos, si lo comparamos con América Latina y el Caribe (ALyC), sea mediano (Ilustración 2). De los países de América, Paraguay era el país que mayor proporción del Producto Interno Bruto (PIB) gastaba en salud, después de Estados Unidos y Canadá.

Ilustración 1.
GASTO TOTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO

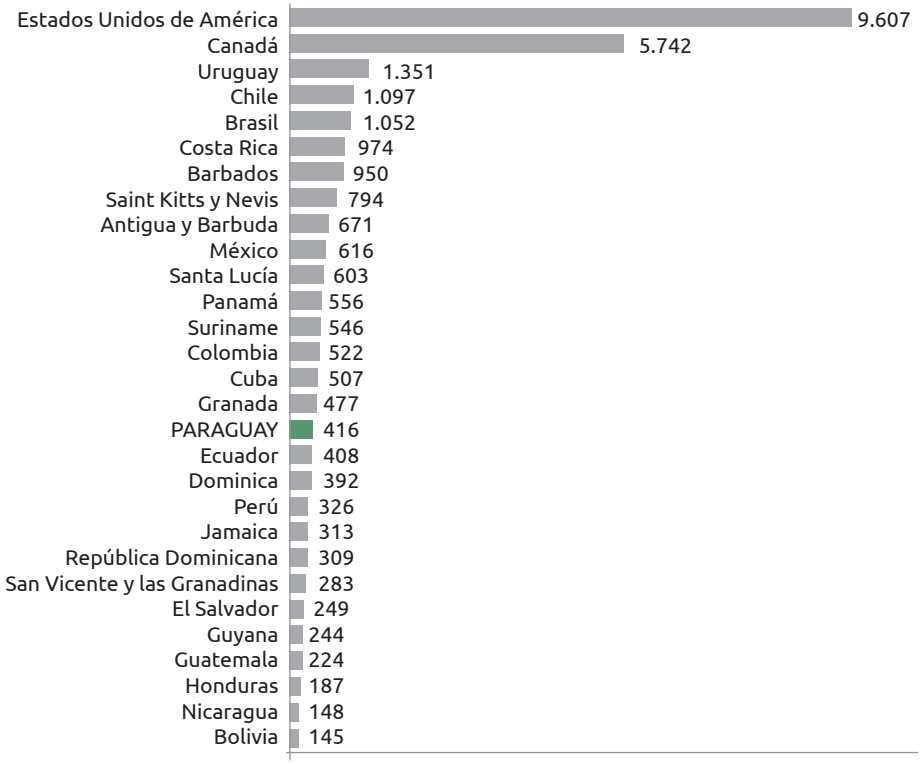


Puede verse, en términos relativos al Producto Interno Bruto (PIB), que el gasto del Paraguay en salud es de los mayores de América.

Fuente: Elaborada en base a datos de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2014).

En esta brecha entre el gasto relativo y el monto absoluto, es determinante que el PIB del Paraguay sea muy bajo, la mitad de América Latina y el Caribe. De lo cual resulta que el monto de dinero disponible y devengado por persona sea bajo. El gasto total absoluto per cápita en salud, 416 dólares por año por persona en el 2012, era mediano (Ilustración 2). Es también determinante que el gasto sea mayoritariamente privado y, por lo tanto, muy inferior en los menos pudientes. El gasto público en salud por persona y por año es de 174 dólares (Ilustración 3, Ilustración 4). En monto absoluto, Uruguay tiene un gasto público tres veces y cuarto mayor, Brasil gasta dos veces y media más que el Paraguay.

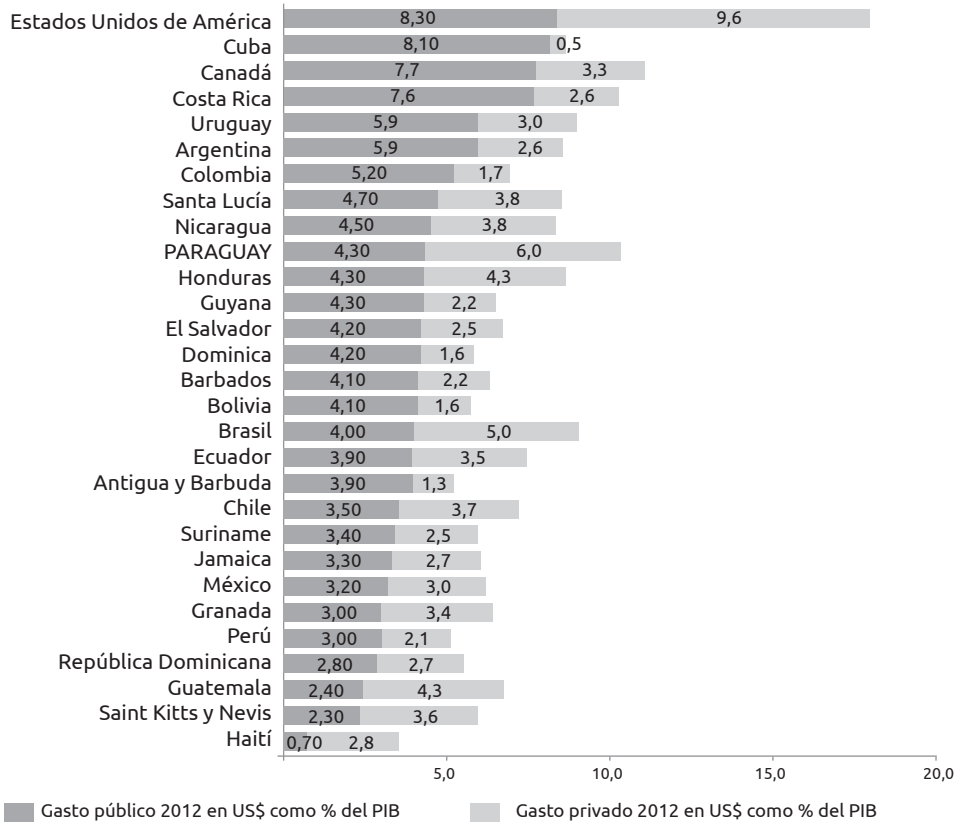
Ilustración 2.
GASTO ABSOLUTO EN SALUD EN DÓLARES CONSTANTES PER CÁPITA 2012



Considerando el nivel de desarrollo nacional, en monto absoluto, el gasto total (público y privado) en salud es mediano.

Fuente: Elaborada en base a datos de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2014).

Ilustración 3.
GASTOS PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD 2012, EN PROPORCIÓN AL PIB



Paraguay es uno de los países con mayor gasto privado en salud. Aun así, tiene un gasto público considerable en salud con relación a su PIB. Mayor al de la mayoría de los países de la región.

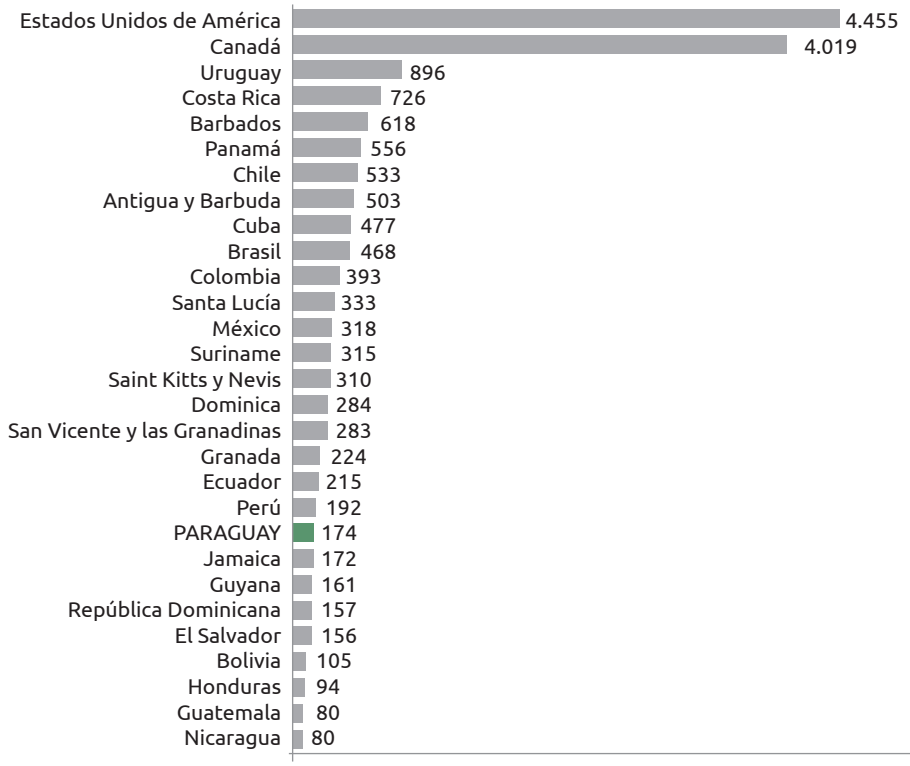
Fuente: Elaborada en base a datos de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2014).

El Paraguay gasta poco dinero público por persona en salud, aunque ese monto sea considerable como porcentaje del PIB. En términos relativos al PIB, el gasto en salud del Paraguay es mayor que el de Chile, Brasil o México (Ilustración 1). En proporción al privado, el Paraguay es uno de los países con menor gasto público en salud (Ilustración 4). Y los resultados, en calidad de la salud, son deficitarios.

En el 2005, a 16 años de la democratización, el Paraguay se encontraba entre el grupo de países con la peor situación en cuanto a la cobertura de salud primaria. La cobertura de salud en los nacimientos era menor que el 60%; la cobertura de defunciones era de menos del 80% (Tabla 1). En el 2013 Paraguay había mejorado su co-

bertura, pero sin haber alcanzado sus metas (Tabla 2). Con relación a América Latina y el Caribe el Paraguay había empeorado su situación.

Ilustración 4.
GASTO PÚBLICO EN SALUD PÚBLICA EN DÓLARES



El monto del gasto público promedio por persona del Paraguay es bajo con relación a la región.

Fuente: Elaborada en base a datos de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2014).

Tabla 1.
COBERTURA DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES EN 2005 Y METAS PROPUESTAS PARA 2013, EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LAS AMÉRICAS

Niveles de cobertura 2005 y metas propuestas	Nacimientos	Defunciones
Países con 91% y más Meta: mantener el nivel	Argentina, Bahamas, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, México, San Vicente, Uruguay, Venezuela	Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Estados Unidos, Guatemala, México, Uruguay
Países entre 81% y 90% Meta: alcanzar 90%	Ecuador, Panamá	Brasil, Colombia, Panamá, Venezuela
Países entre 61% y 80% Meta: alcanzar 90%	Bolivia, Brasil, Colombia, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana	Bahamas, El Salvador, Honduras, PARAGUAY
Países hasta el 60% Meta: aumentar 20%	Belice, PARAGUAY	Belice, Bolivia, Nicaragua, Perú, República Dominicana

El Paraguay se encontraba en el 2005 entre los países con peor desempeño en salud de toda la región.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Informe de Progreso del Plan Acción para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud (PEVS) (CD52/INF/4).

Tabla 2.
NIVELES DE PROGRESO DE LA META Y DE LA COBERTURA DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES HACIA 2013, EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LAS AMÉRICAS

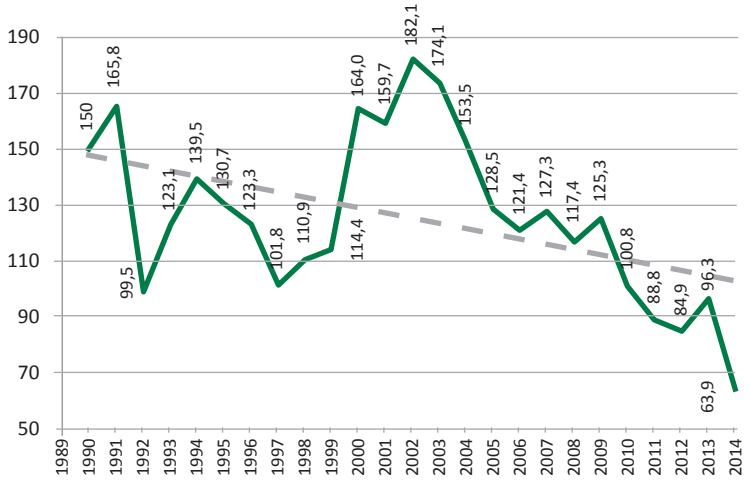
Niveles de progreso en 2013	Nacimientos	Defunciones
Países que alcanzaron la meta y aumentan la cobertura	Brasil, Chile, Costa Rica, Honduras, Nicaragua, Perú, Uruguay, Venezuela	Ecuador, México, Venezuela
Países que alcanzaron la meta	Argentina, Cuba, Estados Unidos, México	Argentina, Chile, Cuba, Estados Unidos, Uruguay
Países que no alcanzan la meta pero aumentan la cobertura	Ecuador, Panamá, PARAGUAY	Brasil, El Salvador, Nicaragua, Panamá, PARAGUAY, Perú, República Dominicana
Países que no alcanzaron la meta y disminuyó la cobertura.	Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, República Dominicana	Bolivia, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras

Para el 2013, aun con niveles grandes de progreso, sobre todo en cobertura, el Paraguay no había alcanzado las metas previstas para su nivel. Con ello se alejó del promedio regional.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Informe de Progreso del Plan Acción para el Fortalecimiento de las Estadísticas Vitales y de Salud (PEVS) (CD52/INF/4).

Las mejorías obtenidas por el Paraguay en salud han sido enormemente positivas (Ilustración 5, Ilustración 6). Entre 1989 y 2014 la mortalidad materna descendió de 150 a 64 por 100.000 niños nacidos vivos. El descenso de la mortalidad infantil total había sido de 30,4 casos a 14,5 por 1.000 nacidos vivos. El descenso de la mortalidad de los neonatos había sido de 14,4 a 10,4; no acelerado, pero importante. El descenso de la mortalidad de menores de 5 años había sido de 40 a 16,8 por 1.000 nacidos vivos. (Ver también: Peralta el ali, 2004; Unicef, 2013)

Ilustración 5.
DESCENSO DE LA MORTALIDAD MATERNA POR CADA 100.000 NACIDOS VIVOS

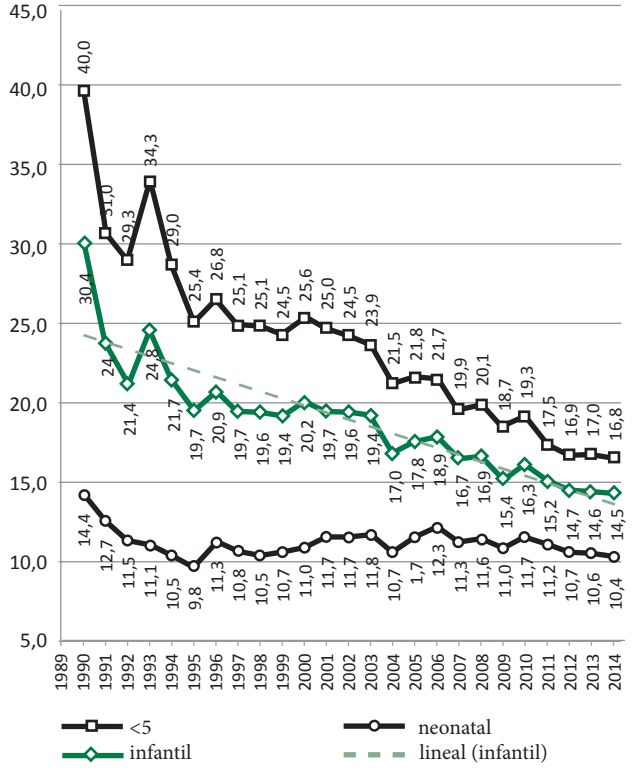


Puede verse una disminución importante de la mortalidad materna desde la democratización. Pero a fines de los años noventa no hubo mejorías. En cambio, desde el 2002, y sobre todo desde el 2009, hay un descenso acelerado de la mortalidad materna. La política social, el crecimiento y el empoderamiento ciudadano son factores de incidencia.

Fuente: Elaborada en base a datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015).

Si el aumento del gasto en salud fue fecundo (Guillén, M. C., 2011), la brecha entre las estadísticas paraguayas y las de los países de la región aumentó, porque los demás países mejoraron con mayor velocidad que nosotros. Salvo un vigoroso aumento de la presión tributaria, habrá dificultad para gastar más dinero público en salud, porque lo que se gasta es ya proporcionalmente considerable, aunque el monto absoluto no sea muy alto. En 2015 se había gastado 911 millones de dólares en salud pública (excluyendo la previsión social). El entonces ministro de Salud, Antonio Barrios, manifestó que hubiera querido un aumento del presupuesto de Salud de 80%, para llegar a 1.690 millones de dólares (Última Hora, 2014, junio 16). Con este incremento alcanzaríamos el gasto de salud per cápita de México, pero eso no es muy factible en el corto plazo.

Ilustración 6.
DESCENSO DE LA MORTALIDAD INFANTIL, MENOR DE 5 AÑOS Y NEONATAL



La mortalidad infantil y de menores de 5 años desciende con mayor celeridad que la neonatal, que exige más calidad y complejidad de los servicios de salud.

Fuente: Elaborada en base a datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015).

Los recursos difícilmente lleguen a ser mucho mayores en forma inmediata, porque hay una gran resistencia para aumentar los impuestos. Cabe pensar que el incremento de la fiscalidad tampoco sería muy rápido sin la suba del PIB. Y como las tasas de crecimiento del Paraguay, en la coyuntura actual, se están desacelerando, la base imponible se expande con menor rapidez. Después de dos décadas perdidas, habíamos crecido a la tasa de un 4%, que no era muy acelerada, y ahora estamos iniciando un tiempo más difícil que el anterior, con una tasa del 2%. A ello hay que agregar que los créditos internacionales recibidos tendrán un precio más caro, que la deuda pública está tocando el techo del endeudamiento prudente y que las materias primas que exportamos tienen menor precio. Con América Latina y el Caribe, pasamos de un tiempo de bonanza (2002-2013) a otro más difícil.

Todo esto nos hace pensar que para mejorar el sistema de salud debería pensarse en un esfuerzo para aumentar su eficiencia, lo que resulta altamente factible. Se trataría de un aumento de eficiencia capaz de generar mejorías, a fin de elevar los niveles de desempeño hasta alcanzar un grado que ya corresponde a la región. Es determinante, acá, disminuir la inmensa desigualdad en la distribución de los recursos de la salud. (Ilustración 7, Tabla 5).

Ilustración 7.
GASTO EN SALUD PER CÁPITA (PÚBLICO Y PRIVADO) ANUAL EN EL PARAGUAY, EN CADA UNO DE LOS 3 GRANDES GRUPOS POBLACIONALES. I. SIN SEGURO MÉDICO (75%); II. CON PREVISIÓN SOCIAL O SEGUROS ESTATALES (20%); III. TIPO DE PAGO, SEGUROS Y PAGO PRIVADOS (5%)



La distribución de los recursos de la salud es severamente desigual. En el 75% de la población la sociedad gasta por persona 730.000 guaraníes al año. En el 20% hay un gasto anual per cápita de 1.416.919. El 5% restante gasta 24,2 millones por persona al año. Esa desigualdad en la distribución del gasto explica una parte importante de nuestra mala estadística en salud.

Fuente: Cálculo aproximado, hecho por diferencia, con base en datos del MSPyBS y de la OMS.

Si, como se vio, hay importantes mejorías en el desempeño de la salud, es fundamental considerar que el Paraguay partía de un nivel muy bajo y que, a pesar de sus mejoras, no logró cumplir con sus metas (Tabla 3). La mejoría en salud materna tuvo sus momentos. Las tasas tienen una disminución de mediano plazo que es positiva, pero hay variaciones. Hay empeoramiento entre 1997 y 2002, lo que se debió posiblemente a la crisis económica y a la desprotección social característica de las políticas neoliberales, que generaron incremento de la pobreza. La estadística mejoró desde entonces (Ilustración 5). A partir del 2002 las políticas de salud han tenido un efecto más fuerte. Hubo un descenso más acelerado de la mortalidad materna, y mejoró aún más desde el 2007 con las políticas de descentralización y protección social.

Tabla 3.
METAS PROPUESTAS PARA EL 2015 Y SITUACIÓN EN EL 2014

ODM 2015	Situación en el 2014	ODM para el 2015
> 5	16,8	10
Infantil	14,5	7,6
Neonatal	10,4	3,6
Materna	63,9	37,5

Las metas de hacer descender la mortalidad materna y la infantil no fueron cumplidas.

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015). Gabinete social, Presidencia de la República (2011).

RECUADRO 1. SALUD COMO DERECHO

… se debe entender a la salud como un derecho, (esto) es fundamental, es muy importante; y ello nos remite a tres aspectos: en primer lugar, el derecho a la salud implica el derecho a condiciones adecuadas de vida, es decir, a la calidad de vida; en segundo lugar, implica el acceso a servicios de salud que sean oportunos, que sean resolutivos y que tengan calidad; en tercer lugar, nos remite a la participación protagónica de la ciudadanía. Entrevista 1

RECUADRO 2. GRATUIDAD, PREVENCIÓN Y CONCIENCIA

Hubo un proceso, desde el periodo 2008, con la instalación de los equipos de salud de la familia. Si bien no alcanzó ni a la mitad de la población, se instalaron 700 Unidades de Salud Familiar (USF) hasta el año 2012. Con la liberación de los aranceles la gente se volcó a los hospitales, o sea que hubo una demanda inusitada. Antes, la gente no iba a los hospitales por las barreras; aunque era mínima la barrera económica, era una barrera. Tenemos un aumento en el parto hospitalario: alrededor del 97% de los partos son institucionales; aun así, no había disminuido tan notoriamente la mortalidad materna...

Mortalidad neonatal y mortalidad materna. En el primer caso se debe a la calidad del parto, en el parto está el problema. La calidad de atención es la que estaba dificultando (carencia de recursos humanos más calificados)…Por otro lado, me parece, hay como un despertar en la gente en cuanto a la mayor exigibilidad en cuanto a la calidad de la atención. La gente ya no se calla fácilmente; sin embargo, todavía tiene que mejorar mucho, porque incluso en la USF (Unidad de Salud Familiar) de San Cayetano (de buena atención) recibimos denuncias de la baja calidad de atención del parto en otros centros asistenciales, donde les hacían esperar, les maltrataban, no les explicaban el procedimiento… Entrevista 2

RECUADRO 3. LA MAYOR CONFIANZA EN EL SISTEMA DE SALUD

El fenómeno que se da en la reducción de la mortalidad materno-infantil no creo que se deba mucho al mejoramiento en el sistema de salud del país; tiene que ver más bien con el conocimiento que tienen las familias, las mujeres y toda la población. Las mujeres asisten más a sus controles prenatales, acuden más a los centros hospitalarios porque perdieron el miedo, la vergüenza de asistir a los centros hospitalarios. Entrevista 3

RECUADRO 4. LA NECESIDAD DE RECURSOS

Faltan muchas más inversiones, mejorar las gestiones, que puede ahorrar algo; pero se tiene que mejorar todo, o inyectar de golpe un monto grande (de recursos) para mejorar todo, poner en orden, y ahí el mantenimiento se va a estabilizar. Aumentando el 5%, como se hace ahora, no... Dentro de tres años estos indicadores van a estar iguales que ahora, no van a mejorar; si mejoran será porque va a haber mayor conocimiento.

Cuando el Estado no se hace responsable de la salud de la población, el gasto del bolsillo es demasiado grande... Entrevista 3

RECUADRO 5. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DIFICULTA LA SALUD

Ejemplo del Bañado Sur (atención de pacientes desde hace 20 años):

Para el año 2012 cambió la situación de la gente del Bañado: en el barrio, (la gente estaba) mejor vestida, mejor alimentada, y (a ello se agrega) el seguimiento con todos los medicamentos de pacientes crónicos. Entró (en ese momento) el conjunto de los servicios, varios recibían las transferencias condicionadas, tenían mejor atención en salud, y posiblemente condiciones de trabajo; tuvo cambios positivos en poco tiempo. El solo hecho de contar con una ruta mejor, permitió que entren vehículos, varias líneas de vehículos, y todo eso es mejoría. Entrevista 4

Las brechas territoriales

Cuando se analizan las cifras por regiones sanitarias (departamentos) se encuentran grandes brechas. Si el promedio –estadísticas del 2014, editadas en 2015– de muerte materna por cien mil nacidos vivos es de 63,9 por mil, la cifra baja a 22,4 en Cordillera y sube a 195,2 en Presidente Hayes (Tabla 4). La heterogeneidad es muy grande; y, posiblemente, sería mayor si bajáramos a nivel de los municipios, cuyos datos no disponemos. Tomando los datos de la mortalidad infantil, neonatal y menor de 5 años, se ven las mismas brechas.

Tabla 4.
LA MORTALIDAD MATERNO-INFANTIL SEGÚN DEPARTAMENTOS

2014	Materna	< 5	Neonatal	Infantil
1. Concepción	90,8	17,5	13,8	16,6
2. San Pedro	71,2	11,7	7,7	10,4
3. Cordillera	22,4	14,3	8,3	11,9
4. Guairá	33,0	16,8	9,6	12,5
5. Caaguazú	72,4	16,3	10,1	13,4
6. Caazapá	39,6	15,9	7,1	11,1
7. Itapúa	108,3	13,9	8,3	11,6
8. Misiones	s.d.	15,5	10,7	13,9
9. Paraguarí	63,6	17,8	11,8	15,9
10. Alto Paraná	83,1	23,1	15,1	20,5
11. Central	59,1	15,3	9,6	13,4
12. Ñeembucú	103,7	13,5	9,3	12,4
13. Amambay	66,6	20,3	13,0	18,0
14. Canindeyú	29,7	19,3	11,3	17,3
15. Presidente Hayes	195,2	25,4	11,2	21,0
16. Boquerón	s.d.	24,8	14,2	20,6
17. Alto Paraguay	s.d.	53,9	30,3	43,8
18. Asunción	31,0	13,2	7,3	11,7
50. Extranjeros	s.d.	7,0	3,5	7,0
Promedios	63,9	16,8	10,4	14,5

Puede verse una enorme diferencia de la mortalidad materna e infantil por regiones sanitarias. Y si tuviéramos datos más desagregados, se espera que sea aún mayor. Nivel de vida, sistema asistencial y capital social son factores relevantes. La brecha de "injusticia espacial" en salud es muy marcada.

Fuente: Elaborada en base a datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015).

Importan los niveles de pobreza de las regiones, pero también son importantes la capacidad de organización de la gente, el capital social, así como el equipamiento y la armonía entre las instituciones en salud. Departamentos con menor ingreso económico tienen tasas de mortalidad materna superiores a los promedios; ese es un factor. Son los casos de Presidente Hayes: 195,2 defunciones maternas por cada cien mil niños nacidos vivos, Ñeembucú (103,7 defunciones) y Concepción (90,8 defunciones). Tasas de mortalidad superiores al promedio (63,4). Pero hay otros factores influyentes.

Puede verse también que departamentos más ricos, como Itapúa (108,3) y Alto Paraná (83,1), tienen unas tasas muy elevadas de mortalidad materna. Lo que nos hace pensar en un pobre equipamiento institucional o cobertura de los sistemas de salud, y/o poca sinergia entre los subsistemas. Las menores tasas de mortalidad materna las tiene Cordillera (22,4), que supera con creces los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya tasa era de 35,7.

Con una sociedad menos próspera, Cordillera (22,4) y Canindeyú (29,7) tienen mejores estadísticas que la capital, Asunción (31). Acá la provisión regional de servicios médicos y la cohesión social tienen impacto. Guairá (33) y Caazapá (39,6), con mayor cohesión o capital social, tienen mejores cifras que el Departamento Central (59,1), que tiene mejor nivel socioeconómico y también mejor provisión de servicios.

La manera cómo interactúan la economía, la cohesión social y la provisión del sistema de salud en los índices de mortalidad materna evitable, y en general de la salud de la población, resulta difícil de aislar en cada caso. El mismo concepto de cohesión es problemático, pues tiene una acepción intra- y otra inter-comunitaria. Hay polos de crecimiento que no generan economías externas favorables, sino la convivencia de vecindarios prósperos (por ejemplo, los sojeros) con otros de marcada pobreza, con economía familiar campesina.

Las tasas de mortalidad infantil entre departamentos están más correlacionadas entre sí (neonatal con menores de 5 años: 0,96; infantil con menores de 5 años: 0,99; neonatal con infantil: 0,98) que con las tasas de mortalidad materna (materna con menores de 5 años: 0,48; materna con neonatal: 0,28; materna con infantil: 0,49) (Ilustración 8).

Esto porque sobre la mortalidad materna influyen más directamente la situación económica y los factores no asistenciales. En cambio, sobre la mortalidad infantil y la neonatal influyen mucho la prestación y la complejidad del servicio médico (calificación del personal, equipos, insumos). Hay un retraso en la mejoría de las muertes neonatales, causadas por la mala calidad del control prenatal, la falta de personal más calificado y también de equipos de mayor complejidad (Giménez C., Édgar 2015).

Ilustración 8.
LA CORRELACIÓN ENTRE LAS TASAS DE MORTALIDAD ENTRE LAS REGIONES SANITARIAS

Tasas de Mortalidad	Menores de 5	NEONATAL	INFANTIL
Materna	0,48	0,28	0,49
Menores de 5		0,96	0,99
Neonatal			0,98

Las muertes maternas tienen diferente evolución que la infantil, altamente correlacionadas entre sí, por regiones. Sobre todo se distancia la materna de la neonatal.

Fuente: Elaborada en base a las estadísticas del MSPyBS (2015).

De ahí que el descenso de la mortalidad materna haya sido de -50%; el de la mortalidad infantil, de 18%; el de la mortalidad de los menores de 5 años, de -23%; y el descenso de la mortalidad neonatal fue de -11%. La sociedad mejoró más aceleradamente que el sistema de salud.

La incompetencia del sistema de salud tiene sus mayores consecuencias en el caso de los neonatos. Falta de equipos de profesionales con calidad técnica, de diagnóstico y de intervención: generación de imágenes, medios para cirugías, técnicas de reanimación, incubadoras, etc., para el sostenimiento de los niños prematuros. En estos casos sobresalen las brechas geográficas o territoriales, esto es, la desigualdad espacial en la distribución de los medios y del personal de salud.

RECUADRO 6. LAS DESIGUALDADES TERRITORIALES, ¿FOCALIZAR O UNIVERSALIZAR?

Las tasas estadísticas esconden las inequidades. Se debe desagregar por departamento y por distrito, y ahí se va a ver la realidad. ¿Qué es lo que pasa en salud? Las inequidades son las que no te permiten superar las tasas de mortalidad, porque, precisamente, la población más pobre es la que menos accede, la que está en peores condiciones, incluso de participación…; por eso se tenía muy claro que la universalidad era el camino para lograr la inclusión de la gente.

Al desagregar la estadística se va a encontrar que hay lugares que superan el promedio. Alto Paraguay, Canindeyú y Amambay tenían cifras más allá del promedio en mortalidad materna. Para que se puedan visualizar bien las estadísticas, por lo menos, se tiene que hacerlo por departamentos… porque no se puede hacerlo por distrito. Allí se van a ver las inequidades, las brechas más grandes…

> Lo que se tiene que preguntar es ¿dónde mejoró? ¿En los lugares donde hay mejores condiciones de vida, Departamento Central, Asunción…? Hay subregistro, pero, aparte de eso, se debe conocer cómo está la situación de las poblaciones (menos atendidas, como los) indígenas, (así como) si se cuenta con datos o no… Entrevista 1

Legislación sobre la salud y sus resultados

Hay una clara evolución jurídica local, que fue impulsada por los sistemas internacionales de salud y los múltiples compromisos firmados por el país en el orden internacional, por ejemplo en reuniones de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Hitos legislativos fueron el cambio político de 1936 (revolución febrerista), en que se creó el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; la Constitución Democrática de 1989, que estableció la Salud como un derecho ciudadano y una obligación estatal; la formulación de un Sistema Nacional de Salud (SNS), en 1996; y la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS), en el año 2008.

En 1996 se hizo una ley que reglamentó al SNS, definiéndolo como la descentralización administrativa, operativa y ejecutiva. Esta ley estableció la creación de un Consejo Nacional de Salud y otros consejos subnacionales, los Consejos Departamentales y los Consejos Distritales. El Consejo Nacional de Salud incluye al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), a organismos estatales del Ejecutivo y del Legislativo, a gremios de la salud, universidades, sindicatos de trabajadores, campesinos y patronales, organizaciones sin finalidad de lucro y entes descentralizados. En los niveles subnacionales, los Consejos incluyen también, junto al ejecutivo local, organismos públicos y privados (Paraguay, 1996).

En 2008 se creó la Dirección General de Atención Primaria de Salud, con la cual se institucionalizaron los principios de promoción de la salud, prevención y atención precoz, así como los de gratuidad de acceso a la salud del MSPyBS. Se estableció un funcionamiento en red, que permitió optimizar los recursos. Se crearon las Unidades de Salud Familiar (USF), que permiten una salud inclusiva para toda población con recursos económicos insuficientes (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2008).

Según una mala práctica, propia del país, las partes dogmáticas (establecimiento de deberes y derechos) de las leyes enuncian novedades y avanzan a una mayor velocidad que sus partes orgánicas (instituciones de gestión). Estas últimas van con mayor

rapidez que el desarrollo institucional y la provisión presupuestaria. Los gobernantes no cumplen sino parcialmente las leyes, y la ciudadanía no exige su ejecución. Pero, de todos modos, la legislación incide y orienta el comportamiento real del Estado.

Obstáculos generales del sistema

Algunas limitaciones son transversales a todos los sistemas de salud. Afectan a todos ellos. Por ejemplo el clientelismo, la discriminación, la corrupción y la gestión deficitaria. Otras dificultades del sistema de salud son propias de cada subsistema de salud. Básicamente hay tres sistemas. El privado, en donde el paciente paga su consulta directamente o a través de seguros privados. El del seguro obligatorio [Instituto de Previsión Social (IPS) y cajas estatales], que es obligatorio y solidario, pero solo para los afiliados, asalariados formales[1]. Y está el servicio del Ministerio de Salud, que es completamente gratuito para el usuario. Cada uno de estos modelos tiene su historia, sus límites y ventajas. Hay, además, tres modelos o paradigmas. El modelo hospitalario, el de la descentralización y conformación de un SNS, y el de la Atención Primaria a la Salud. Estos paradigmas no son puros ni excluyentes. Coexisten, conforman alternativas con diversa eficacia, eficiencia y predominio en la gestión de la salud, dentro de las pautas normativas vigentes en la Constitución y las Leyes (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2007).

Recursos y desigualdad

Si los gastos de salud de la nación, en términos relativos al PIB, eran buenos, en términos absolutos no lo eran; la distribución de los recursos de la salud tiene como gran estigma el ser extremadamente desigual. Para acercarse a los órdenes de magnitud se han hecho aproximaciones, que, sin poder alcanzar mayor precisión, nos presentan un panorama de cómo se reparten esos 416 dólares per cápita, 2,08 millones de guaraníes por persona por año, que la nación gasta en salud (Ilustración 9, Tabla 5).

Podemos distinguir tres grupos de población en relación a la salud. El grupo I, más pudiente, tiene seguros privados o ninguno y está integrado por unas 311.000 personas. Tiene un gasto de salud de 4.840 dólares anuales por persona, 11 veces más que el promedio. El grupo II, de empleados y obreros que se beneficia con la seguridad social y también aprovecha la provisión estatal gratuita, está integrado por alrededor de 1,24 millones de personas, el 20% de la población. Gasta en salud de

1 Podemos homologar a este las estatales, que son para el personal militar y policial, o empleados públicos de algún ministerio.

283 dólares per cápita por año (1,4 millones de guaraníes), un gasto que es el 0,68 del promedio. El grupo III, de personas no pudientes y sin seguro, solo accede a la provisión gratuita del MSPyBS (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social). Este grupo tiene un gasto per cápita de 146 dólares por persona por año. Unos 730.000 guaraníes, el 0,35 del gasto promedio, casi la tercera parte.

La desigualdad en el acceso a los recursos de la salud es extrema. El grupo I, con 5% de las personas, usa el 58% del gasto nacional de salud. El grupo II, con el 20% de la población, usa el 14% del mismo. El grupo III, que incluye al 75% de la población, usa el 26% de los gastos nacionales en salud (Tabla 5, Ilustración 9).

Tabla 5.
GASTO EN SALUD TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO EN DÓLARES Y GUARANÍES, Y SU DISTRIBUCIÓN ENTRE GRANDES SECTORES: LOS QUE NO DEPENDEN DE LOS SEGUROS ESTATALES (5%), LOS QUE LOS TIENEN (20%) Y LOS QUE NO LOS TIENEN (75%)[2]

Estimaciones para el 2014

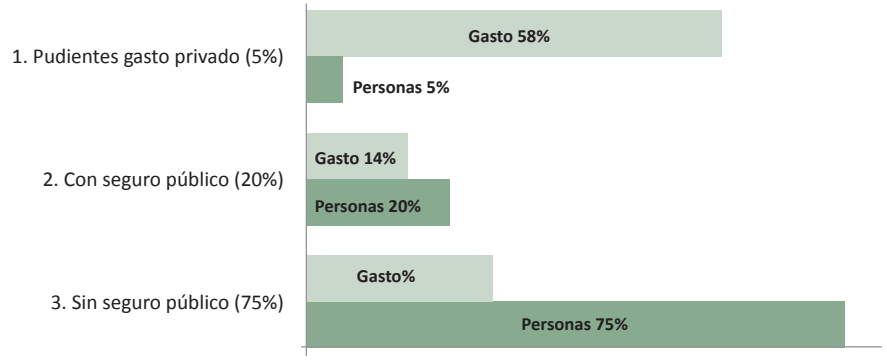
Población y % del total	Población en número	Dólares año por persona	Guaraníes año por persona	Guaraníes año en millones	% del Gasto
Total (100%)	6.229.348	416	2.080.000	12.957.044,5	100%
1. Pudientes gastos privados (5%)	311.467	4.840	24.200.000	7.537.511,5	58%
2. Con seguro público (20%)	1.245.870	283	1.416.919	1.765.296,8	14%
3. Sin seguro público (75%)	4.672.011	146	730.000	3.410.568,2	26%

El monto disponible para la salud y sus concentraciones social y geográfica son factores de peso en el déficit en salud.

Fuente: Aproximación basada en estadísticas del MSPyBS y la OMS.

2 Los supuestos del cuadro aproximado son los siguientes: I) La población más pudiente (5%) combina seguros privados con gastos directos. Ella contribuye y se beneficia con la mayor parte del gasto privado. II) La población con seguros públicos (IPS y estatales), el 20%, usa también la asistencia pública universal gratuita y, en forma marginal, la medicina privada. III) La población sin seguros y poco pudiente (75%) usa solo la asistencia pública universal gratuita.

Ilustración 9.
DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD



El gasto total por año en salud era en 2014 de 12,9 billones de guaraníes. El 58% del cual lo usaba el 5% de la población. El 14% beneficiaba al 20% de la población; y el 25%, al 75% de la población. La distribución del recurso de la salud es severamente desigual.

Fuente: Aproximación basada en estadísticas del MSPyBS y la OMS.

La desigualdad en la distribución del gasto nacional en salud es una seria barrera para la salud pública. No solo el gasto nacional en salud se distribuye en forma muy desigual, sino que también el gasto público en salud pública se distribuye en forma muy desigual. Para la salud vale aquello que vale para el resto del sistema económico y social. El problema de los pocos recursos está agravado por la extrema desigualdad del gasto. Una política de salud tiene que encarar estratégicamente cómo amortiguar el hecho de que los gastos en salud sean tan extremadamente regresivos, que la sociedad aporte tan poco a los gastos públicos y, sobre todo, que no lo haga con justicia.

Clientelismo

La cultura política y social del Paraguay está afectada por el clientelismo y la prebenda, palabras provenientes del mundo antiguo y que constituyen los defectos del funcionamiento público contemporáneo en sociedades con débil tradición democrática y gran injusticia social. Se trata de un intercambio político caracterizado por el apoyo de los seguidores a los dirigentes a cambio de favores brindados por los dirigentes a sus seguidores. En una sociedad pobre y desvalida, esto está generalizado y conspira contra los intercambios políticos justos, libres y universales, en donde el gobernante provee bienes públicos a toda la ciudadanía –partidaria o no partidaria– y esta elige al mejor candidato, no a quien le hizo un favor circunstancial y particular.

Como la salud es un bien público anhelado, cuando el acceso está mediado por gestores partidarios, que hacen "favores" con fondos estatales, ellos se llevan el mérito y consiguen votos. Al límite, un sistema de salud que dé acceso con eficiencia y

eficacia a toda la ciudadanía, haría innecesaria esa fuente particularista de prestigio y poder del clientelismo. Haría innecesario al padrino, al correligionario, que gracias a su autoridad consigue el acceso a los servicios de salud[3].

Los límites entre el clientelismo y la corrupción a veces son confusos. La primera medida del clientelismo se refiere a la (i) contratación y a la estabilidad de los funcionarios de salud. Muchas veces se toma al correligionario, cuando no se lo necesita, o se contratan porque son correligionarios, personas que no tienen la mayor competencia. O se despide a alguien que estaba trabajando bien, por no ser correligionario. La tendencia a veces consiste en contratar a mucha gente como personal de salud, con poco salario, buscando hacer muchos favores, pero sin tomar en cuenta las prioridades de la salud.

Por otro lado (ii) está la influencia política centrada en privilegiar a algunos pacientes. Si al líder político le conviene sobremanera que el seguidor le deba su bienestar, entonces el funcionamiento general positivo del sistema no le conviene. El correligionario gestor gana seguidores al garantizar el transporte, la calidad de atención, el seguimiento, la provisión de medicamentos y de insumos, así como también al agilizar los trámites cuando los recursos y el personal son escasos.

El uso partidario particularista del sistema de salud (en otros casos nepotista, localista, el privilegiar al vecino o amigo) debe ser encarado, para su superación, con un mayor desarrollo de la ciudadanía y, de ser posible, con un esfuerzo vigoroso, desde arriba y desde abajo, para identificar y superar las malas prácticas de los partidos políticos, de los gobernantes nacionales, subnacionales, o simplemente del funcionario, que emplean un servicio público para ganar prestigio, influencia o poder en forma ilegítima, ilegal, en perjuicio de los ideales éticos y las normas jurídicas vigentes, que obligan a la universalidad de los servicios públicos.

La situación se agrava con la precariedad y con la insuficiencia del sistema de salud. El clientelismo es la peor manera de encararlas. Cuando no hay salud para todos, entonces aumenta el incentivo negativo o la "tentación" de focalizar los servicios posibles en los más cercanos y de acuerdo a intereses particulares de aquel que tenga más autoridad. Y viceversa. Cuando hay capacidad de atender a todos los que necesitan los servicios públicos disminuyen los incentivos para realizar esa "focalización" oportunista.

Pero no hay que desconocer la circularidad de esta relación. Siempre es posible beneficiar a los correligionarios o amigos con la disminución de las esperas o la prio-

3 Como muchos otros casos, la discusión sobre el clientelismo está planteada desde posiciones diferentes. Por un lado, se lo critica como déficit; por otro, como exceso. Quienes lo consideran un exceso, una donación indebida, levantan el ideal de un Estado desinteresado de la gente, buscando destruir o evitar al Estado social. Quienes lo consideran un déficit, un bien insuficiente, levantan el ideal de un Estado social, una concesión de derechos para toda la ciudadanía, en forma universal o justificadamente focalizada. No particularista, arbitraria o restringida a los adherentes, activistas y amigos.

ridad en el uso de los recursos. Y, al contrario: cuando una forma de conseguir votos, influencia, prestigio y dinero consiste en beneficiarse con la insuficiencia del sistema (limitación en la cobertura, atención a tiempo, confort, lugares, etc.), entonces los políticos oportunistas pueden encontrar beneficio en la persistencia de estas barreras o males, ya que su mediación como autoridad es la que permite a algunos usuarios superar o sobrellevar las barreras.

El clientelismo se combate con medidas que sobrepasan el ámbito de la salud. Reforma de la institucionalidad política y mayor ciudadanía; voto castigo, iniciativa popular, exigencia de transparencia, movilización ciudadana, acción colectiva basada en los reclamos de igualdad y justicia, estado de derecho y primacía de los intereses colectivos en la Administración Pública.

Corrupción

Los casos mencionados de clientelismo se distinguen de la simple corrupción: mercadeo paralelo ilegal de medicamentos, uso de la atención gratuita, de parte del personal de salud, para hacerse conocer, ganar clientes y luego brindar mejor servicio fuera del sistema público, hasta el extremo poco frecuente de dañar equipos para remitir al paciente a la atención privada. La corrupción incluye la remisión inadecuada, la provisión de servicios, el equipamiento, la provisión de insumos y el cuidado previsto o la desatención premeditada a los pacientes. El protagonista principal de la corrupción no es tanto el político, sino el profesional médico, el gobernante y el empresario proveedor de insumos, instalaciones e instrumentos. Lo que llamamos corrupción no tiene ningún pretexto ni contexto que disminuyan o excusen la gravedad del daño generado.

Han sido mencionados estos actos:

a. ***Desvío de los recursos públicos*** (medicamentos y otros insumos) para venderlos y apropiarse de su valor, con lo cual se causan una privación de medios de salud para la ciudadanía y un enriquecimiento individual ilícito del funcionario.

b. ***Sobreprecio de insumos, instalaciones, equipos***, en relación a los precios del mercado. Eso constituye una mala práctica que afecta, sobre todo, a empresarios como a las autoridades encargadas de las compras.

c. ***Mal uso de recursos públicos*** para beneficiar la asistencia privada del profesional. Los médicos pueden precarizar la asistencia pública, o hacerla de menor calidad, ofreciendo un servicio de mayor calidad en la oferta privada, pero remunerada. Esa práctica, cuyo peor abuso ha sido no usar o no hacer funcionar correctamente equipamientos disponibles para ofrecer un sustituto con remuneración privada, bien puede interpretarse como un sabotaje al servicio público, que se destina a aquellas personas más pudientes, capaces de pagar de su bolsillo para conseguir-

los, y en perjuicio de quienes no lo pueden hacer, así como del contribuyente. También es corrupción la negligencia médica o atención diferencial al que "no paga" en relación al que "paga" de su bolsillo.

d. ***Incumplimiento grave, ausentismo, privación de ayuda.*** Ocurren cuando los funcionarios de salud son "planilleros", esto es, cobran salarios sin cumplir con el tiempo de atención contratado –gastando el dinero que habría sido destinado al sustituto, en el caso de que el planillero no pueda hacer su trabajo–. En esta categoría puede incluirse el exceso de partos con cesárea, en los casos en que no benefician a las pacientes, pero que constituyen una comodidad para el profesional. Informantes señalan que en las vísperas de feriados aumentan las cesáreas. Su número es mayor que el correspondiente a los partos peligrosos, difíciles o inviables.

La corrupción conforma una relación social, un eje con dos nodos. Por un lado, la viciosa Administración de Justicia y, por el otro, la complicidad de actores sociales, deshonestidad de personas que suscita la complicidad de sus pares. Los médicos entre sí, los funcionarios entre sí, los empresarios entre sí, los correligionarios entre sí, se encubren, entran en complicidad y colaboración, al margen o en abierto incumplimiento de la ley.

En algunos casos influye la arrogancia primaria del poder. La presunción de que "mandar" es no obedecer restricciones. Restringirse a reglas se homologa a carecer de poder efectivo. Pero eso no corresponde al ejercicio sostenible del gobierno, sino a su ejercicio por principiantes inexpertos. La corrupción más tenaz tiene una estructura más compleja. No es que las leyes no existan, sean desconocidas, estén cuestionadas o no deban ser cumplidas. El incumplimiento es cautelosamente vigilado, las leyes funcionan subordinadas a las lealtades primarias. Cada cual las usará cuando se trate de litigar en contra de sus adversarios, pero las ignora para no 'crear problemas' a los amigos, familiares, socios o afines. Cada cual ve perfectamente la 'paja en el ojo ajeno', las transgresiones ajenas, e incluso las denuncia; mientras oculta 'la viga en el ojo propio': las transgresiones de amigos y afines; las de aquellos que conforman un 'nosotros' restringido o particularista, el *ore kuete*, en el cual la complicidad es asimilada a la lealtad. En relación a uno mismo, lo importante no es cumplir con la ley, sino incumplir y no ser descubierto, con el argumento de que "cualquiera" haría eso mismo (el acto deshonesto) en el lugar del transgresor.

El otro polo, la Administración de Justicia, ha sido y es, en nuestra historia política, el menos evolucionado de los poderes públicos. La sociedad de la complicidad asociativa, a nivel de sociedad civil, es también una sociedad de la impunidad del poder, a nivel estatal. La magistratura sabe que depende de los jefes políticos y de los *lobbies* de los ricos con capacidad de eludir la ley cuando la consideran inaceptable. La corrupción no tendría la frecuencia que tiene sin este déficit de la administración de la justicia.

Las conquistas de equidad en el campo de la salud avanzan lentamente y en contra de ciertos poderes de facto. Pero el proceso está en marcha. Las adquisiciones son difícilmente ignoradas una vez que han sido establecidas, aunque sea en forma parcial. La lucha contra la corrupción es una lucha por la democracia, por la vigencia del estado social de derecho, que tiene rango constitucional y, en parte, realización institucional. La corrupción es una "privatización" ilegal de lo público, un secuestro de los bienes públicos.

RECUADRO 7. FALTA DE CUIDADO Y MORTALIDAD (UN CASO)

Muerte de una madre y de su recién nacido en el interior. Llega el caso denunciado. Hay una red de funcionarios encargados de reportar cuando ocurre una muerte; en este momento la notificación es obligatoria… Se conformó un equipo que pueda ir a discutir el caso, gente preparada; se buscó vincular con los profesionales que residen en Asunción los casos (jefes de clínicas, del Hospital Regional); se reunió a un grupo de profesionales y se los llevó a discutir el caso.

El caso fue un escándalo. La historia (clínica) tenía contradicciones; era evidente que habían tocado la historia, (la) habían adulterado. De esto se dio cuenta inmediatamente la responsable del servicio; no tenía sentido, algo había pasado. Se solicitó que los médicos que atendieron el caso estén presentes en la supervisión y que sean estos los que lo presentaran.

Eran dos médicas obstetras jóvenes, y las dos eran alumnas de la que se había ido del Hospital de Clínicas (su profesora). Ambas tenían, así, una suerte de examen frente a su exprofesora. Esta les pidió que rindieran cuenta de las contradicciones. Una de las licenciadas presentes se encargó de traer la historia verdadera. La verdad era que estaban preparando la huelga de médicos y ese día de la atención estuvieron preparándola. La obstetra que estaba de guardia recibió ese día varios casos al mismo tiempo. Recibió el caso de esta niña-adolescente, se encargó de avisarles, pues ella no se iba a hacer cargo, porque era de mayor complejidad: la médica le tenía que hacer una cesárea, pero esta (la profesional) desapareció, ya que tenía que participar de la reunión de médicos. La obstetra que estaba atendiendo otro parto vino y encontró complicada a la niña, y murió el bebé.

Revisando el caso, los antecedentes, se encontró además que fue un posible caso de abuso sexual… La directora del servicio no se atrevió a encarar las acciones que correspondían en contra de las funcionarias de su servicio, y ella sabía lo que pasó. Necesitaba el apoyo de nivel central. Entrevista 4

Discriminaciones y maltratos

La discriminación es el ejercicio antisocial de prejuicios, sociales, étnicos y de género. Durante la maternidad, las mujeres se encuentran en una situación de vulnerabilidad y de exposición. La falta de respeto a la intimidad y de delicadeza ante la mujer desnuda y vulnerable, muchas veces sin la presencia de familiares, constituye un maltrato. El maltrato abierto se manifiesta como retraso evitable en la atención y como un comportamiento indebido: falta de gentileza o atención diferenciada sin motivo. El maltrato de género (machista) puede estar agravado en el caso de las madres jóvenes, solteras, violentadas y pobres. La discriminación es mayor con mujeres indígenas, que son desvalorizadas aludiendo –por ejemplo– al déficit de equipamiento doméstico para su higiene cotidiana.

La discriminación y el maltrato constituyen barreras a ser removidas contra el derecho a la salud, como la carencia de recursos, o las distancias sin medios de transporte público entre el centro de salud y la vivienda. Todo esto dificulta, a una inmensa cantidad de mujeres, concurrir y permanecer en las instituciones para dar a luz, hacer las consultas previas, los controles y análisis, que permitirían un diagnóstico rápido de posibles problemas.

RECUADRO 8. LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA SALUD PÚBLICA

Hay varias cuestiones, como la higiene por ejemplo. Las enfermeras critican mucho cuando va una embarazada con problemas de higiene. Una indígena que tardó mucho tiempo para venir, que no tiene acceso a agua. Va por ese lado. Todavía hay mucha discriminación, en general. Son pobres y vienen todas despatarradas. Incluso hay reclamos: –¿Por qué venís recién ahora, por qué no te hiciste tu ecografía, por qué no te hiciste tu análisis? –Tenías que haberte hecho tu control prenatal. Esto no tiene justificativo si no entendés el contexto. Entrevista 5

Políticas, distancias y gestión

La gestión hospitalaria misma puede ser optimizada. La preclasificación de los casos sin gravedad, para distinguirlas de las urgencias; los casos de baja complejidad, de los casos de alta complejidad; las situaciones que requieren mayor instalación, insumos y personal calificado, de aquellas que no los precisan, son instancias de ordenamiento de una gestión adecuada.

La adquisición de estas competencias de gestión no forma parte de la formación estándar del médico. Debe ser objeto de una especialización. Y hay otra gestión que es aún más exigente. El paciente debe circular, dada la organización jerárquica del Sis-

tema Nacional de Salud, entre instancias de baja complejidad en la base comunitaria (barrio o compañía) y las de alta complejidad a nivel distrital, departamental o nacional; así como debe circular, dadas las tres "medicinas", entre la privada, la del seguro y la pública. Esa gestión supone información, comunicación, coordinación y medios de transporte.

La consciencia de este componente social de la medicina –y no solo biológico– tiene que estar muy clara en el gobierno de las instituciones de salud. Y la vigilancia sobre el personal de salud en este punto debe ser muy estricta. Casos de muertes evitables, negligencia médica grave o, simplemente, privación de auxilio debido, que fueron narrados, tienen que ver con estos aspectos sociales de la práctica de la medicina. Desde el punto de vista puramente material, esta es una barrera para el logro de la eficacia y la eficiencia de los servicios médicos. Desde el punto de vista social y el jurídico señalizan un déficit en el respeto debido a la dignidad de los pacientes[4].

Hay gestiones macro y micro de la salud. Si el sistema de salud quiere avanzar más rápido que la pura inercia histórica y el pobre desempeño que tiene el mercado en la provisión de bienes públicos, hay mucho que implementar en gerencias institucionales e interinstitucionales. Generar estadísticas puntuales de salud por unidades de asentamiento y no solo generales. Hay una tradición importante de estadística en salud, inspirada en la OPS y la OMS, con efecto benéfico en la provisión de informaciones locales, ella debe ser aplicada en cada institución.

Se trata, además, de conseguir que cada paraje del Paraguay pueda ser monitoreado, como es el proyecto de las Unidades de Salud Familiar, una por cada 3.000 a 5.000 habitantes, de tal manera a disminuir costos y aumentar los beneficios. Eso supone una coordinación suprainstitucional entre entidades públicas y privadas. Se hace necesaria la coordinación de las políticas de inversión pública, desde la red de carreteras al saneamiento, el agua potable y la energía, hasta los establecimientos que brindan los servicios públicos.

El sistema de salud no solo es ineficaz, tiene malos resultados, sino también es ineficiente, y podría tener una relación costo-beneficio más favorable con similares medios. La salud primaria y preventiva es inmensamente más barata que la salud curativa y con retraso, pero supone una política de previsión del Estado y el desarrollo de una cultura ciudadana de la salud que deben incrementarse.

4 Antecedente de la discriminación es la sobrevivencia indeseada de un pasado en el cual la igualdad no había sido un ideal, un valor ni un precepto constitucional, sino al contrario. La sociedad se proponía la creación de distancias entre colonizadores e indígenas, hombres y mujeres, ricos y pobres, señores y vasallos (o esclavos). Estas brechas, que en las colonias habían sido más marcadas que en los países colonizadores o libres, disminuyeron con la democracia. Pero aún tienen una lamentable profundidad.

El Estado debe ocuparse de la calidad de la salud en general. Eso debe tener lugar desde la formación de los profesionales. Se han multiplicado las unidades de enseñanza (más de una docena de facultades de medicina y varias de enfermería), pero no en todos casos hubo progreso en la calidad de las instituciones educativas, muchas de las cuales están mercantilizadas, en el mal sentido de la palabra, y no han sido acreditadas legalmente.

La apuesta más grande es atender a la inmensa mayoría de la población que no puede elegir. Esta se beneficia con la salud pública no remunerativa y no tiene otro recurso.

Calidad de vida, inversión pública

La calidad de vida de la población está afectando negativamente a la calidad de la salud. Tendencialmente, los países con mayor nivel económico tienen mejor salud, y viceversa. Pero hay excepciones, como Costa Rica o Cuba, que han estado muy por encima de las tendencias de su nivel económico, por haber suplido la limitación de los recursos con un sistema social de excelencia. También hay países con menor calidad de salud de la que corresponde a sus niveles de riqueza, como es el caso de los Estados Unidos, que con más gasto tiene menores niveles que los europeos. Eso puede verse también dentro del país. Departamentos más ricos del Paraguay, como Alto Paraná e Itapúa, tienen agudos déficits en salud, en comparación con departamentos menos pudientes, como Caazapá o Cordillera, donde se alcanzaron o superaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con déficits mucho menores que los promedios nacionales. Pero, en todos los casos, la extrema pobreza es un componente limitante para el logro de una salud pública deseable y posible. La eficiencia del sistema de salud tiene que beneficiarse y beneficiar a un desarrollo de la política social redistributiva y del desarrollo económico.

El fin de los numerosos "angelitos" (menores fallecidos) tiene y tuvo que ver con el desarrollo incesante que ha venido teniendo el sistema de salud, muy influido por el crecimiento económico individual y la provisión de servicios públicos en general. En la mortalidad infantil influye el estado nutricional del menor, así como también el de la madre. En la salud de los niños influye la provisión de agua potable y la calidad de la alimentación. Una población que en cerca de un 10% está con carencias alimentarias y en un 20% es pobre, más difícilmente pueda tener una salud buena. Eso obliga a perfeccionar el sistema de salud. Un país pobre no puede darse el "lujo" de tener un sistema de salud ineficiente porque tiene menos recursos para destinar a la salud que una sociedad más próspera.

Fragmentación y segmentación

La cultura organizacional tradicional es la de la fragmentación o segmentación con pretensión de autosuficiencia, no centrada en lo que el paciente necesita, sino en lo que la institución provee. Cada parte del sistema de salud se ve como un todo y busca funcionar en forma autónoma, cuando, en muchas funciones, son la coordinación, la articulación y la vinculación las que permiten resolver mejor la salud del paciente, sobre todo cuando hay que derivarlo o cuando son necesarios cooperar en un tratamiento, prevenir riesgos, hacer análisis más especializados y compartir antecedentes y recomendaciones. Se encontraron casos de equipos de diagnóstico sin personal para operarlos y personal para operar esos equipos, pero sin estos equipos.

El Sistema Nacional de Salud y la Asistencia Primaria de la Salud tienen sanción jurídica y conforman programas y proyectos de Estado, pero todavía predomina la fragmentación dentro de los subsistemas e instituciones de salud, y la segmentación entre ellos. Superarlas no es un emprendimiento fácil ni rápido, pero sí muy urgente (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 2010, 2012).

Dado que existen y existirán varios subsistemas vigentes y no un sistema único, hay que pensar en conexiones dentro de las unidades asistenciales, dentro de cada sistema y entre ellos, tanto a nivel horizontal (regiones) como jerárquico, entre niveles de complejidad. Son tareas pendientes: la fijación de metas ambiciosas (cumplir y sobrepasar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, hoy día sustituido por los Objetivos de Desarrollo Sustentable); la provisión de crecientes recursos; la expansión de los servicios y el establecimiento de redes; el monitoreo y la corrección de los déficits. Políticas, directivas, controles, ajustes, planes, programas y proyectos que permitan la vigencia de un Sistema y de una Salud Preventiva de cobertura universal.

RECUADRO 9.
RED: JERARQUÍA Y COORDINACIÓN TERRITORIAL

USF/ Puestos — Hospital Distrital — Hospital Regional — Hospital Nacional

Para la ejecución de este plan (de menor a mayor complejidad) se necesita un "Centro Regulador", que es el encargado de conocer la disposición de camas y contar con los medios de transporte, ambulancia, para los traslados, ida y vuelta.

Lo que se necesita es estratificar los servicios. Se tiene que tener definido qué servicios prestan las Unidades; luego se tiene que tener un intermedio, que sería un centro de salud grande o distrital; después, el hospital regional, que es el de mayor complejidad dentro de

la región; y, posteriormente, el nacional. Es muy importante que se cuente con una muy buena comunicación de ida y vuelta.

Cada región tendría que tener un Centro (Regulador), que tiene que ser el cerebro de la red de servicios. Este Centro Regulador tiene que estar relacionado con el servicio de comunicación y de transporte. Este organismo va a poder escuchar a todos los servicios y dar una respuesta. Es el cerebro. Esto no se logró conformar; el intento lo hizo la región del Guairá, donde consiguieron instalar un Centro Regulador de la Región. Disponían de médicos que tenían el panorama de toda la región y contaban con un sistema de transporte... Entrevista 5

Obstáculos dentro de cada subsistema de Salud

El hospital, centralidad, demandas solvente e insolvente

El hospital es el más antiguo paradigma de salud, generalizado en el siglo XIX en el resto del mundo; en Paraguay proviene del siglo XX. Es en el hospital donde se concentraban las diversas especialidades y también los niveles de mayor complejidad. Es algo así como un modelo de "oferta". El que quiere y puede, se va al médico. Eso suele resultar mejor cuando la población tiene mayor nivel cultural (prima una medicina curativa, no preventiva) y no se es consciente ni se evalúa con cuidado el estado de salud de la población, sino la individualidad y las enfermedades.

En sociedades pobres, con desarrollo insuficiente del Estado, con una concentración de la renta que es la peor de la humanidad, la situación es menos satisfactoria. La salud hospitalaria y curativa cubre una pequeña parte de la geografía del país, y el resto se las arregla con curanderos (*médico ñana*), porque no accede a la salud moderna.

Este modelo tenía un submodelo, que es el Hospital de Caridad, con menor o ningún costo para el usuario, como es el caso del Hospital de Clínicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. La mentalidad vigente era que se estaba haciendo filantropía y no que se estaba haciendo un servicio público, que constituye un derecho de la ciudadanía. Tampoco había evaluación de los no asistidos y de la diferencia entre la salud para pobres, con menor complejidad, y la salud para ricos, con mayor nivel de complejidad. La cobertura de los pobres era pequeña y estaba centralizada en las grandes ciudades.

El modelo del hospital seguirá siendo el paradigma de la medicina especializada y de mayor complejidad, de la entidad escuela, donde se unen la excelencia asistencial,

la científica y la humanística. Pero como modelo único y principal no es pertinente ni competente a la resolución más rápida de los mayores problemas en el menor tiempo y para la mayor parte de la población.

RECUADRO 10.
GESTIÓN HOSPITALARIA MODELO

El Hospital Acosta Ñu es un modelo. Esa era la intención, como para mostrarlo y decir: "Así tienen que ser" nuestros hospitales. La gente se preguntó: "¿Este es un servicio público?". Es el que "se puede mostrar". La lógica con que funciona (es esta:) tiene la directiva firme de mantener el funcionamiento que obliga a dar una buena atención; se maneja como un hospital académico; tiene esa estructura y esto le permite formar pediatras; hacen docencias; tienen asistencia externa. Mantienen un ambiente de exigencia constante para el grupo que está trabajando.

Una profesional, refiriéndose a las exigencias del hospital, cuenta: "Aquí no se puede llegar un minuto tarde, ni cuando llueve ni cuando hay tormenta; aquí tengo que estar a hora para empezar el trabajo". (El profesional) no quiere dejar su trabajo, no porque le sea cómodo o viva cerca, (ellos) quieren trabajar en ese lugar…

Tienen montada la organización de las urgencias; es el único que está funcionando con (esta) mayor perfección. Una recepción con clasificación de los pacientes. En cuanto a la infraestructura, está montado con una sala de recepción, donde los pacientes esperan cómodamente sentados, clasificados de acuerdo a la urgencia del caso; la sala de espera incluso está clasificada por colores (rojo, verde, azul). La urgencia está toda informatizada. Aparte de este, no hay ningún otro hospital montado con estas características.

… Este hospital se "blindó" para que los politiqueros no se metan… Se trabajó con una lógica que es el derecho del paciente. Hay una obligación de funcionar como una red que inmediatamente dé respuesta a la demanda del paciente, aunque tenga que trasladarse de un servicio a otro para recibir una respuesta. Este era el mandato: "Si los directivos no están comprometidos, no se puede implementar algo así". Entrevista 4

El seguro de salud de los asalariados/as

Frente a la precariedad de la salud, los sindicatos habían organizado cajas mutuales desde inicios del siglo XX, algunas de las cuales habían logrado tener durante un tiempo fortaleza (tranviarios, ferroviarios, marítimos). Cuando se implantó la dictadura militar, en los años 40, el Gobierno, con apoyo externo, organizó el Instituto de Previsión Social (IPS), que abarcó a la población asalariada, sindicalizada o no sindicalizada, en forma obligatoria, salvo que ya tuvieran algún seguro propio. Y, junto con la prestación médica, proveyó otros beneficios, como seguro de enfermedad y jubilación. Al seguro de desempleo no se ha llegado.

El IPS provee servicios primarios y de alta complejidad. Es un poderoso subsistema que abarca al 20% de la población, la mitad de los asalariados; pero, de todos modos, deja fuera al 80% de la ciudadanía, la parte con capacidad de pagar su salud (5%) y la que solo depende de la salud pública no contributiva (75%). Los seguros de los trabajadores estatales, así como de los trabajadores bancarios y otros, tienen cajas de seguridad con serios problemas de solvencia. Su lógica es similar al IPS.

El IPS es considerado privado por sus asegurados, ya que es una contraprestación, financiada por sus beneficiarios, y no universal. En los hechos funciona como institución pública y se recauda como un impuesto. Es obligatorio y está presidido por el Gobierno; aunque el Estado, en los hechos, no realice la contribución del 1% que dicta la ley. En las estadísticas internacionales el IPS figura como estatal, aunque no forme parte del Presupuesto General de la Nación. Esta contraprestación tiene una administración solidaria, ya que, si lo paga el asalariado y el patrón según el monto salarial, no hay diferencias en cuanto al servicio que recibe. Todos tienen, en principio, derecho a los mismos servicios[5].

Desarrollado en el siglo XX, este paradigma de seguro para los trabajadores tiene grandes limitaciones, porque se ocupa de los asalariados formales, cuando, en la realidad paraguaya, una mayoría de la Población Económicamente Activa está formada por trabajadores por cuenta propia (no asalariados) o asalariados en situación informal, que ni aportan ni se benefician del IPS.

Seguro privado y gasto de bolsillo incluyen al 5% de la población. Los seguros privados proveen, principalmente, medicina de baja complejidad y costo, con la ventaja de ser de acceso más rápido y con mejor confort; evitan al paciente esperas largas para ser atendido. Esta población además puede y, de hecho, paga buena parte de sus gastos de salud (medicina de alta complejidad) que no financian sus seguros. No hay

5 En la práctica hay estratificación. Cuando faltan insumos (prótesis u otros), la persona que los consiga se beneficia más que aquellos que no puede suplir los recursos institucionales con recursos de su bolsillo. Se pueden contratar seguros internacionales. Estos sí proveen cobertura para medicina de mayor complejidad. Pero los costos son accesibles para muy pocas familias.

una regulación que obligue a los seguros privados a brindar un equivalente al que brinda el seguro público.

Desde el punto de vista puramente asistencial, el IPS se basa en el modelo del hospital, aunque haya hecho progresos en la descentralización, con unidades hospitalarias en distritos con mayor población de asegurados (trabajadores formalizados).

Descentralización. Participación y gestión local

La descentralización incluye varios procesos: ¿dónde se planifica, dónde se decide la gestión, dónde se recauda, dónde se gasta? Fue popularizada durante la política de los años 90, en que se alentó la democratización de América Latina y el Caribe, como un medio para desarrollar la democracia, educar a la ciudadanía y a la clase política, expandiendo la democracia nacional con un conjunto de micro-democracias subnacionales, que complementaran a la democracia nacional.

La idea fuerza de la democratización era que los gobiernos locales están más cerca de la gente, tienen más control de sus procesos, los cuales recorren menos etapas, y la transparencia es más sencilla; el pluralismo y los intereses regionales y locales pueden expresarse con mayor fuerza y representatividad. El peligro es descentralizar los males (como el clientelismo, la corrupción, el nepotismo, la mafia), con menor capacidad para combatirlos, controlar su daño e implantar la efectiva vigencia de la ley, o sea, de los principios universales en contra de la arbitrariedad y el favoritismo de los intereses y poderes no ciudadanos. El balance de la descentralización, por ello, es desigual, con avances y estancamientos a nivel político y también asistencial.

La ley del SNS (Sistema Nacional de Salud) es muy ambiciosa y auspiciosa. Se propone integrar y regular las instituciones y los servicios de salud o suplementarios (por ejemplo, provisión de agua potable y saneamiento); prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, con el concepto de salud integral; controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad. Pero no estableció instituciones o instrumentos suficientes para ello, siendo los Consejos (Nacional, Departamentales, Distritales) organismos heterogéneos, con dificultades para formular, coordinar, programar, implementar y monitorear sus decisiones.

En los lugares donde se logró mayor cooperación local interinstitucional con los gobiernos locales y los subsistemas de salud, se han dado sinergias (armonía) muy positivas. Son los casos del Guairá y Caazapá, donde se disminuyeron en forma positiva y considerable la fragmentación (intrainstitucional) y la segmentación (interinstitucional) del Sistema de Salud. La descentralización como autonomía financiera,

que había sido desarrollada en un municipio próspero y con iniciativa social, como Fram, fue inhibida con la disposición de gratuidad.[6]

En algunos lugares hubo partidización de los recursos, en la asignación de cargos[7] y en los criterios de intervención. Se dio un paralelismo o incluso la competencia entre los criterios *asistenciales* y los criterios político-partidarios, que no beneficiaron a los servicios de salud.

En síntesis, la descentralización ha tenido un desarrollo parcial, subalterno, en algunos casos favorables y en otros casos no favorables. Es excelente como aliento a la participación popular; puede ser ágil para resolver problemas de emergencias sin el peso de la burocracia; puede hacer aportes valiosos, pero no es un paradigma de atención médica, ya que su impulso no es asistencial, sino político. En muchos casos es insuficiente. La descentralización hacia periferias pobres y ricas puede llevar a una mayor concentración de los recursos. Las potestades transferidas a las regiones, en términos jurídicos y políticos, pueden no beneficiar a la periferia por la carencia de medios para implementarlas. Ese es el problema de la descentralización del Paraguay, establecida en la Constitución democrática. Se descentralizaron potestades, pero no hay recursos para financiar los derechos locales.

RECUADRO 11.
PARTIDIZACIÓN CONTRA LA SALUD PÚBLICA

Los Consejos de Salud dejaron de ser importantes, se degeneraron. Tienen una estructura paralela (a los servicios asistenciales). La idea era que ellos apoyasen los servicios y los complementasen cubriendo con los rubros de los profesionales que faltaban (enfermeras por ejemplo), pero se dedicaron a contratar gente, primando el interés político; contrataban estudiantes que trabajaban hasta las 6 de la tarde o contrataban enfermeras donde ya habían enfermeras. Ellos tenían el control del salario y les pagaban mucho menos a los contratados; de esta manera –por ejemplo–, en vez de contratar a un profesional por 5 millones (de guaraníes), se contrataba a cinco personas (por un millón).

La idea había sido fortalecer la participación con un criterio de contralor (esta era la propuesta). Decíamos que los servicios públicos son justamente eso, un organismo de la comunidad; era la comunidad la que debía fungir de contralora. Es imposible que desde el nivel

6 La gratuidad prohíbe el cobro de la salud en general y, en este caso, la local. Los organismos municipales fueron desprovistos de estos recursos locales.

7 Ejemplo: muchos empleos con poca paga por persona. Estas asignaciones son poco aptas asistencialmente, pero generan gran renta política al proveer de operadores a sus caudillos y beneficiadores.

central se controle todos los servicios. Allí (en los Consejos) se tenía de todo, aspectos positivos y negativos, incluso la persecución. Si el médico no era del mismo color (partido político), tenía persecución, o al revés; era un médico "re-fayuto" (incumplidor), pero, como era de nuestro color, se lo protegía. Entrevista 5

RECUADRO 12.
LA DESCENTRALIZACIÓN DIO LUGAR A CIERTOS ABUSOS

Las 'patas' fundamentales de los Consejos de Salud (con poca actividad) son las Unidades de Salud. El equipo tiene que estar formado por el médico del hospital o del puesto de salud, el intendente, la maestra; las autoridades locales. Esto está totalmente contaminado de corrupción (clientelismo, prebendarismo). Una ONG realizó un estudio: "Descentralización de la Salud". El problema fundamental es que no contamos con una ciudadanía que exija que se cumplan las leyes... En el año 2008 se trabajó con los Fondos para la Equidad: se entregaba dinero a los Consejos, con rendición de cuentas.

Se impulsaron los Consejos, que, si funcionaran, tendrían que haber tenido una fuerza de cambio. Pero la gente no se enteró de la fuerza que puede tener este Consejo. El tema de la descentralización tuvo un gran obstáculo, porque la USAID apoyó mucho, pero bajo el concepto de que la población tiene que apoyar al Estado con autogestión (polladas, etc.), atentando contra el concepto de la salud como un derecho. El Partido se encargó de corromper todo. Sus autoridades tienen un ejército de personas que contratan y les pagan miserias, 500.000 guaraníes, por ejemplo… Esta política funcionó como una desconcentración administrativa. No hubo tiempo para hacerle funcionar integralmente, porque es otra cultura la que se tiene que instalar. Cuatro años no alcanzan. Entrevista 6

Atención Primaria a la Salud

A diferencia del SNS (Sistema Nacional de Salud), cuya base jurídica es muy formal, la política de Atención Primaria a la Salud (Prevención y atención precoz) se basa en una mera resolución ministerial (Resolución Ministerial S.G. Nº 101, de fecha 17 de setiembre de 2008, por la cual se crea la Dirección General de Atención Primaria de Salud). Aunque haya cambiado en forma positiva y profunda muchas prácticas de salud pública, esta política no está generalizada. Esta iniciativa no tuvo

un impulso en lo político, sino específicamente en lo sanitario. Se inspiró en la OMS y la OPS, que proponen la medicina preventiva y el acompañamiento de la población a través de las Unidades de Salud Familiar (USF), cuyo equipo de salud primaria establece una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), con el objetivo de vincular los diversos subsistemas de salud así como las unidades de menor complejidad con las de mayor complejidad, dentro de una sinergia donde son fundamentales la comunicación rápida, el transporte oportuno, la disponibilidad de cada unidad, la coordinación suprainstitucional para la remisión de los pacientes entre ellas, y el seguimiento de sus historiales. Se inició en las zonas con mayor vulnerabilidad.

La Atención Primaria de la Salud tiene la vocación de conformar el núcleo del Sistema Nacional de Salud, partiendo de las necesidades de las personas, con acercamiento, evaluación y monitoreo de las comunidades. Cada USF abarca de 3.500 a 5.000 personas, con promotores de Salud que evalúan en forma permanente las necesidades de la población, para poder implementar una medicina preventiva y de atención precoz, que disminuya los costos y aumente los resultados de la asistencia.

Una innovación fundamental para el aumento de la cobertura de salud fue la *gratuidad* de los servicios, de los medicamentos y demás insumos. Con ello se supera una barrera fundamental para gran parte de la población que no tenía acceso a los servicios formales de salud por falta de recursos suficientes (Pytyvõ 2012).

RECUADRO 13.
LAS UNIDADES DE SALUD FAMILIAR, PREVENCIÓN Y ENTRADA AL SISTEMA

En las planillas con que cuentan las USF (Unidades de Salud Familiar) se conocen exactamente dónde están las embarazadas y si vienen o no a su control; esto te permite la atención primaria. Las USF atienden de lunes a viernes, de 7.00 a 15.00 horas; esto porque no se cuenta con los recursos humanos suficientes (si vas a cubrir 24 horas, debería haber tres turnos). El segundo nivel tendrían que ser los hospitales de referencia: hospital materno-infantil, hospitales generales y las clínicas de especialidades. Si el trabajo está bien hecho en la atención primaria, el 80% ya lo tenés detectado, y podés prever si va a haber un problema, a no ser que de repente tenga un infarto o una crisis de hipertensión o un accidente. Entrevista 2

Cuestiones pendientes

En cifras globales, la salud en Paraguay es deficiente y está muy fracturada entre los diversos sistemas, el privado, el de la seguridad y el de la provisión no contributiva. El sistema privado, sea con gastos de bolsillo, sea con gastos prepagos, solo es accesible al 5% de la población. No obstante emplear el 58% de los gastos de salud.

El de la Seguridad Social (IPS y otros) abarca al 20% de la población. El 14% de los recursos de la salud son gastados en este sistema, en los asalariados formales, la mitad de los asalariados totales. Este sistema incluye servicios de alta complejidad. El sistema estatal no contributivo alcanza potencialmente al 75% sin acceso a los sistemas anteriores. Ahí se gasta el 26% de los gastos de salud. Este sistema no provee medicina de alta complejidad.

El problema de *universalizar la salud primaria* elevando su calidad es el problema más urgente de la salud pública. Eso requiere mayor coordinación, mayor cobertura dentro de las unidades de salud, dar predominio a la atención primaria y preventiva, blindar el sistema de los vicios y limitaciones institucionales y también combatir fallas de mercado que afectan de manera muy especial a la salud.

¿Cómo realizar la *coordinación* estratégica entre los servicios privados, los contributivos y los no contributivos?, ¿cómo expandir el paradigma preventivo de tal manera a adquirir mayor eficiencia y niveles de bienestar? Todo eso está previsto en la legislación. Todavía conspira en su contra la fragmentación y la segmentación del sistema de salud, la inercia de la cultura sanitaria restringida al hospital y a la cura, con poco énfasis en la prevención y una cultura política de desatención en relación a la ciudadanía.

Constitucionalmente y según otras leyes que establecen el Sistema Nacional de Salud, esta ha sido definida como derecho ciudadano y obligación del Estado. Pero su materialización supone un sistema que no está todavía diseñado. La realización de este derecho supone una arquitectura que todavía no existe (Guillén, María Cristina, 2011).

El estado social del siglo pasado debe ser rediseñado en el siglo XXI. Los derechos sociales deben ser para todos y no solo para algunos. Eso es necesario para implantar el estado social que establece la Constitución Nacional, cuyo cumplimiento está pendiente. Cualquiera sea el sistema que se adopte, el proyecto debe contemplar, en el menor tiempo posible, salud primaria accesible para todos en el menor tiempo posible. Los índices penosos de salud y desatención del Paraguay deben ser superados.

Bibliografía

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional - Organización Panamericana de la Salud (2008). Perfil de los sistemas de salud. Paraguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington DC. Enero (tercera edición). Recuperado en mayo del 2016 en: http:// www.paho.org/ par/ index.php?option=com_docman&task= doc_view&gid=70&Itemid=253

Gabinete social, Presidencia de la República (2011), Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010. Primer Informe de gobierno. Resumen ejecutivo. Imprenta AGR. Asunción, Paraguay. Recuperado en mayo 2016 en: http:// www.dgeec.gov.py/ parinfo/informacion/ Resumen%20Ejecutivo_ ODM%202011.pdf

Giménez Caballero, Édgar (2015). *Derecho, acceso y calidad en Salud*. Investigación para el Desarrollo - Universidad Nacional de Caaguazú. Asunción, Paraguay.

Guillén, María Cristina (2011). Paraguay. Sistemas de salud en Sudamérica: Desafíos hacia la integralidad y la equidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Presidencia de la República del Paraguay. Recuperado en mayo del 2016 en: http:// www.mspbs.gov.py/ planificacion/ wp-content/ uploads/2012 /07/ SSS-PARAGUAY-2011.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2007) Hacia la democratización de la información en salud, en el marco de la Reforma de la Salud: Desarrollo del Sistema Nacional de Información en Salud. Plan Estratégico 2007 - 2011. Recuperado en mayo del 2016 en: http:// www.mspbs.gov.py/ digies/ wp-content/ uploads/ 2011 /12 /2007_PLAN-ESTRATEGICO-2007_2011.pdf

_____ (2008). Creación de la Dirección General de Atención Primaria de Salud (DGAPS). Resolución S.G. No.101/2008. l7 de septiembre de 2008. Recuperado en http:// www. hacienda. gov.py /web-presupuesto /ppr /aps_ medicina_ familiar.pdf

_____ (2010). Plan Nacional de Promoción de la calidad de vida y salud con equidad de la niñez, 2010-2015. Imprenta AGR. Asunción, Paraguay. Recuperado en mayo del 2016 en: http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/06/ plan_ninez_ 20101.pdf

_____ (2012) Dirección General de Planificación y Evaluación. Dirección de Gestión para Resultados. Memoria, Planes Estratégicos Regionales (PER). Años 2010 - 2012. Asunción, Paraguay. Recuperado en mayo del 2016 en: http://www.mspbs.gov.py/ planificacion/wp-content/uploads/2012/12/PER-MSPBS-2010-2012.pdf

_____ (2015) Sub-Sistema de Información de las Estadísticas Vitales (SSIEV). *Información de los bancos de datos.*

_____ (2016) Dirección General de Atención Primaria. Unidades de Salud de la Familia (USF), Recuperado en mayo del 2016 en: http://www.mspbs.gov.py/ aps/historia/

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (2014). Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2014. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2014. Recuperado en mayo del 2016 en: http:// www.paho.org /hq/ index.php?option=com_content&view= category&layout= blog&id= 2391&Itemid= 2392&lang=es

Paraguay. (1996). *Ley Nº 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado en mayo 2016 http:// www.cird.org.py/salud/docs/Ley_1032.pdf

Peralta, Victoria y Perrota, Martha. (2004) Paraguay. Contexto económico, político y social. Situación general del país. Recuperado en mayo del 2016 en: http:// www.bvsde.paho.org/ bvsacd/ cd53/ dersal /cap9.pdf

Pytyvõ, consultora (2012). Monitoreo del Programa de Unidad de Salud de la Familia (USF), como programa emblemático de la Política de Desarrollo Social, Paraguay para todos y todas 2010 - 2020. Paraguay, febrero - marzo 2012. Recuperado en mayo del 2016 en: http:// www.mspbs.gov.py/ planificacion/ wp-content/ uploads/2012 /11/ DIPLANP-2012.pdf

Ríos, Gilberto (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur. Mapeo de APS en Paraguay, Instituto Suramericano de gobierno en salud. Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado en mayo del 2016 en: http:// www.isagsunasur.org/uploads/ biblioteca/7 / bb%5B128% 5Dling%5B2% 5Danx%5B530%5D.pdf

Última Hora (2014, junio, 16). Recuperado en mayo del 2016 en: http://www.ultimahora.com /presupuesto-2015-salud-seguira-siendo-insuficiente-n812337.html

Unicef (2013). Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Recuperado en mayo del 2016 en: http://www.unicef.org/paraguay/ spanish/unicef-informesalud.pdf