

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 morbilidad 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

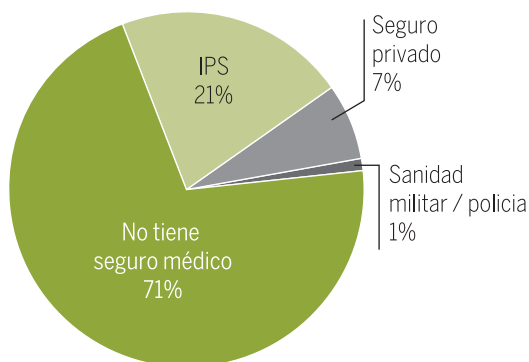
que afectan a los indígenas y por ende la construcción de un perfil epidemiológico, generando dificultades para la sistematización de acciones dirigidas a la atención de salud de los pueblos indígenas (p.15 y 16).

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.

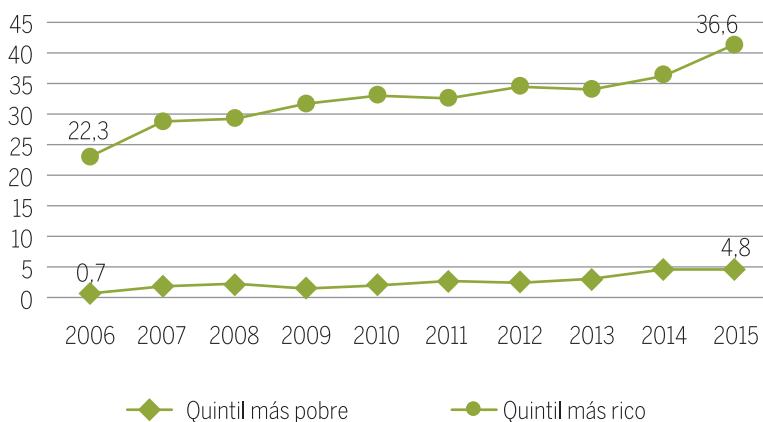
Las personas sin seguro médico (en el 2015, unas 4.910.605), pueden acudir a servicios públicos, que pese a tener aranceles exonerados, no cubren todos los servicios e insumos: deben ser pagados por los pacientes con “gastos de bolsillo”. Incluso quienes cuentan con seguros privados (incluido el policial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

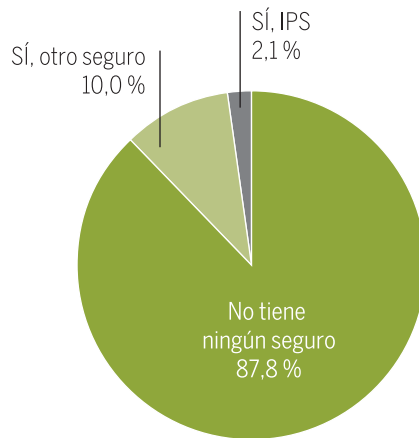
Tabla N° 1
Tenencia de Seguro IPS según población indígena y no indígena

	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.

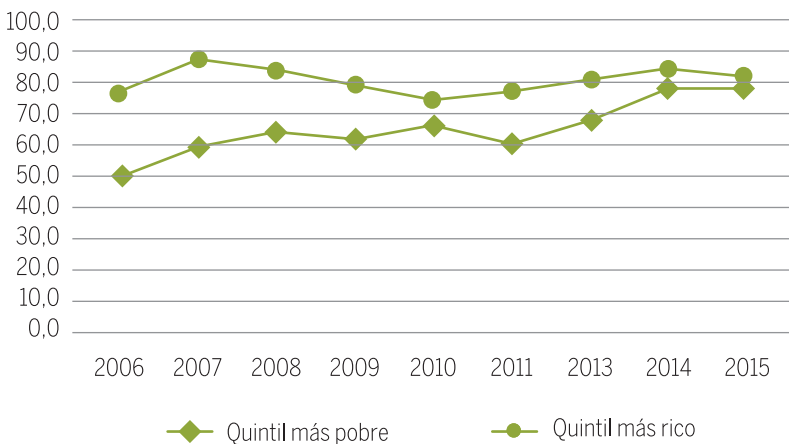
En valores relativos, las tasas de Asunción e Itapúa se mantuvieron casi iguales, la de San Pedro creció 3,9 puntos porcentuales, Alto Paraná 12,6 p.p., mientras las de Central y Caaguazú aumentaron 10,7 p.p.

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.

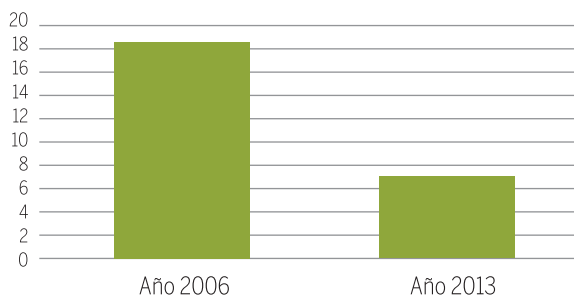
Respecto a los motivos por los cuales la persona enferma no consultó, a nivel nacional, un 47,2% respondió que se había auto medicado, en el 2006. Este porcentaje creció a lo largo del periodo, llegando a 79,5% en el 2015. En números absolutos, significa un leve aumento (de 328.305 a 368.242 personas),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

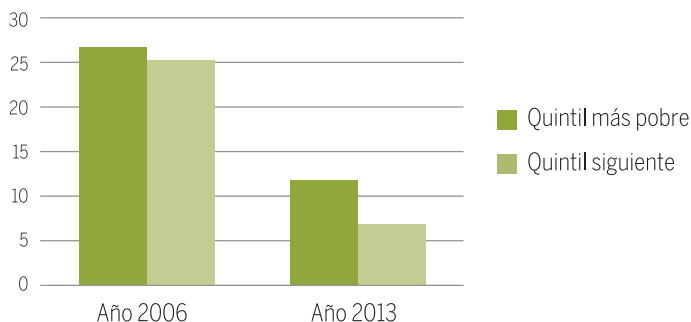
En general, no hay brechas significativas de los motivos de no consulta por quintiles de ingreso. En lo que hace a automedicación, en el lapso 2006-2015 la del quintil más pobre aumentó de 45,3% a 79,5%, mientras el más rico, del 49,2% al 81,8%. El quintil intermedio tuvo el menor aumento de esta causa,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

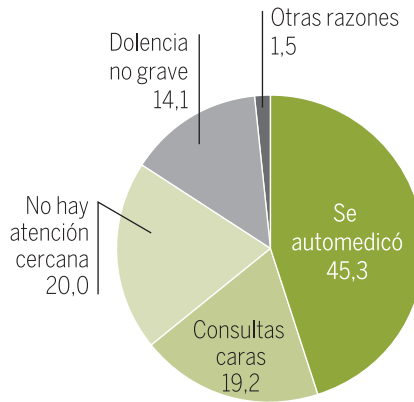
Tabla N° 3

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

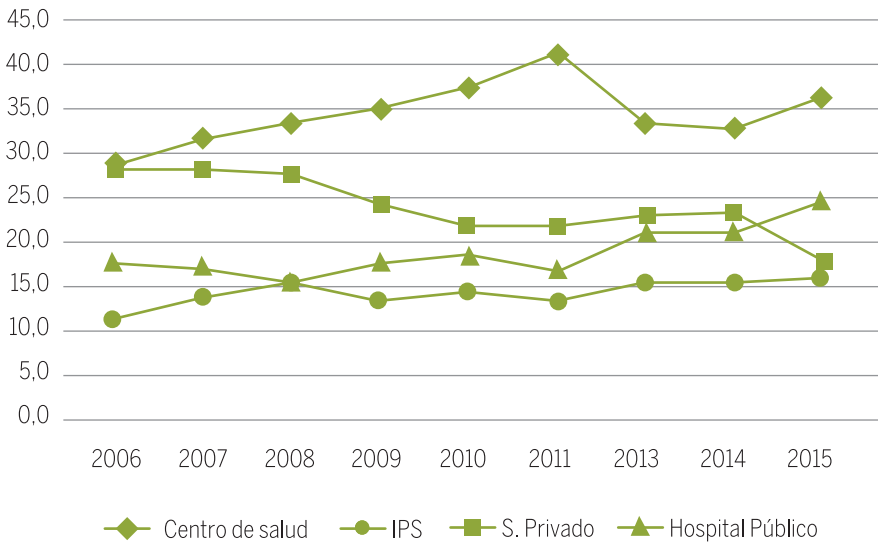
Fuente: Elaboración propia con base en datos de la EPH y EIH 2008

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%.

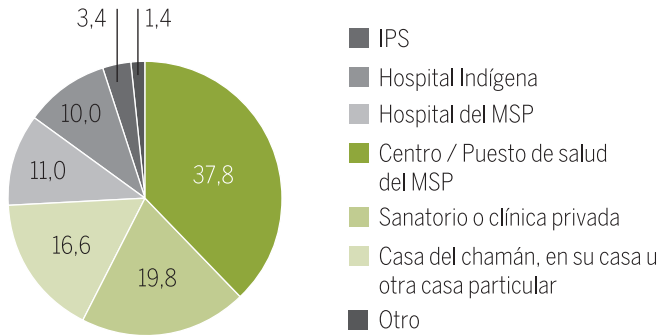
En el 2015, las consultas de la población urbana se distribuyen casi equitativamente entre cuatro servicios: IPS, hospitales públicos, centros de salud y sanatorios privados. Sin embargo, más de la mitad de la población rural (51,3%) consulta en centros de salud, un 24,3% en hospitales públicos, un 12% 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

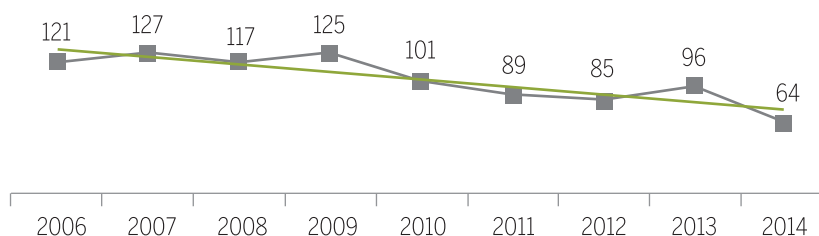
Para caracterizar la situación de salud, se emplean dos indicadores de la calidad de la atención a la salud y de las condiciones de vida y salud de una población: la Tasa o Razón de Mortalidad Materna y la de Mortalidad Infantil. Estos indicadores son propuestos por la Guía de Indicadores de Derechos 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, 2006-2014

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 2006-2014.

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.

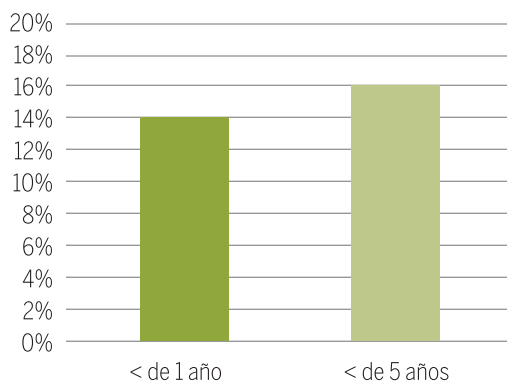
Respecto al grupo etario menor de 5 años, el cálculo dio 0.16, es decir, un porcentaje de 16% de fallecimientos posibles de ser evitados si la situación socioeconómica de cada departamento hubiera sido la de aquel con NBI más bajo, Asunción. Equivale a evitar 294 muertes de niños o niñas menores de 5 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 (129,1) 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 17).

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

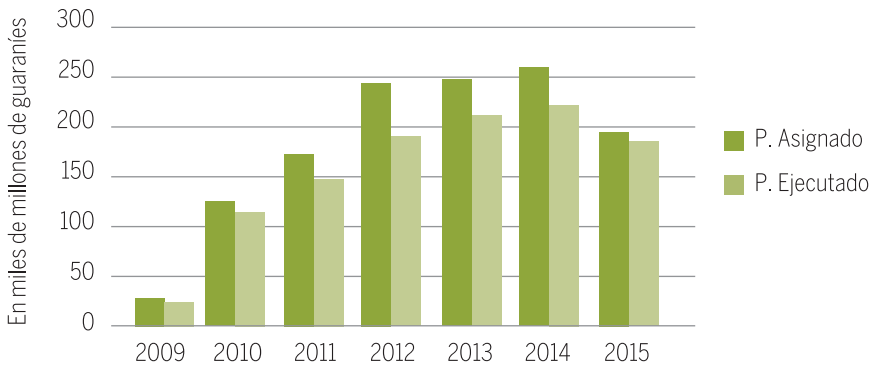
Presupuesto	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Presupuesto Asignado	28.335.822.706	124.847.340.821	171.503.320.443	244.107.955.195
Presupuesto Ejecutado	24.273.599.300	116.330.079.580	147.813.110.591	191.255.136.783
%	86%	93%	86%	78%

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

P: Presupuesto, PA: Presupuesto Asignado, PE: Presupuesto Ejecutado, % : Ejecución

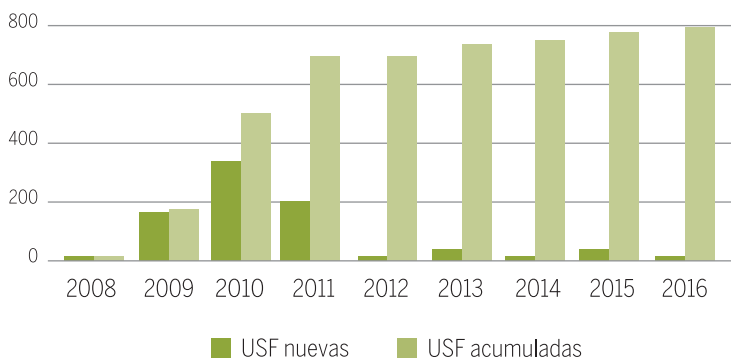
Gráfico N° 13
Presupuesto DGAPS Asignado y Ejecutado 2009-2015



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>.
- Zwarcwaldc, 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).