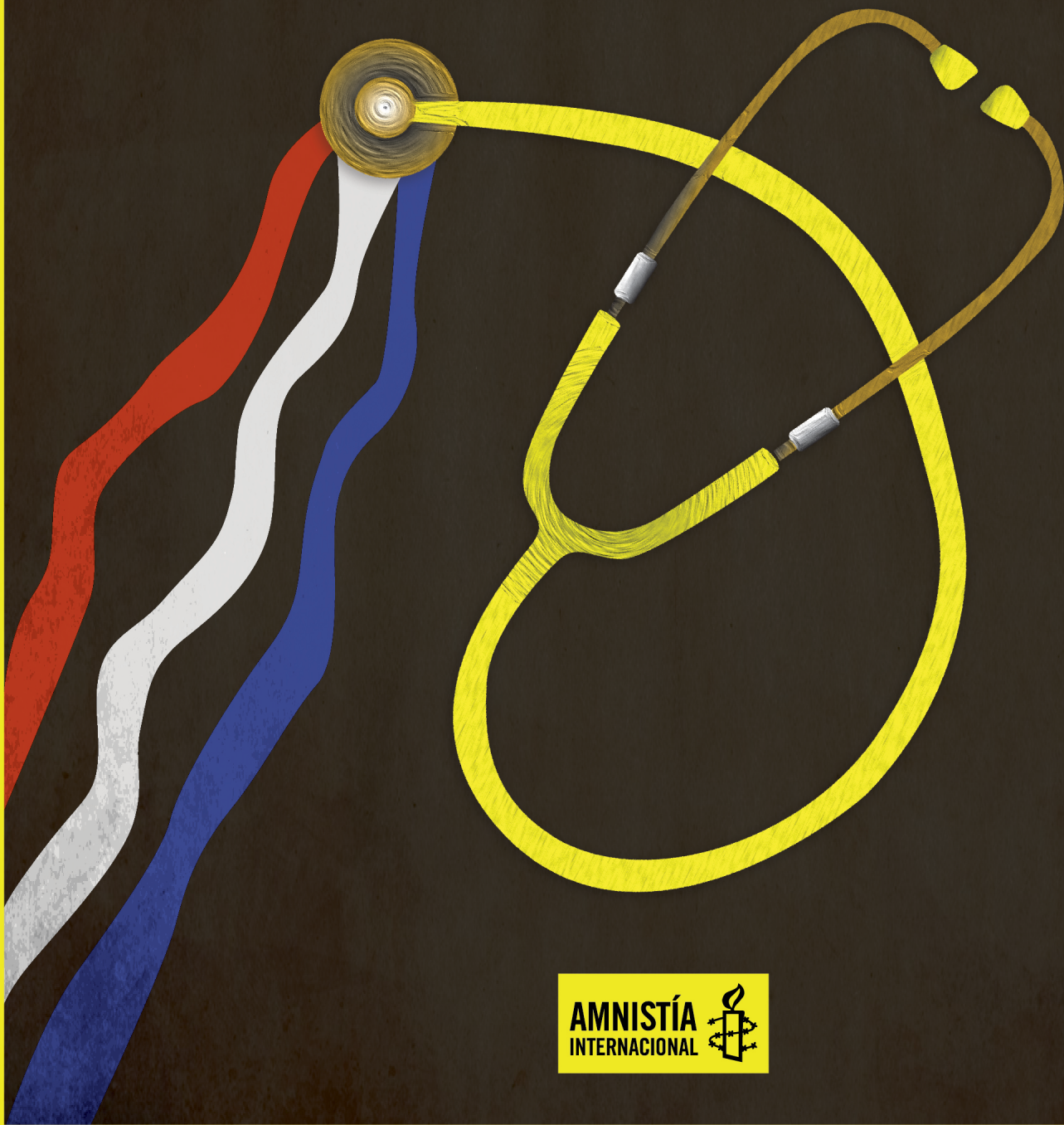


LA DEUDA DE LA SALUD



Amnistía Internacional es un movimiento integrado por 10 millones de personas que activa el sentido de humanidad dentro de cada una de ellas y que hace campaña en favor de cambios que permitan que todo el mundo disfrute de sus derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo donde quienes están en el poder cumplen sus promesas, respetan el derecho internacional y rinden cuentas. Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso, y nuestro trabajo se financia principalmente con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

Creemos que actuar movidos por la solidaridad y la compasión hacia nuestros semejantes en todo el mundo puede hacer mejorar nuestras sociedades.

© Amnesty International 2024

Salvo cuando se indique lo contrario, el contenido de este documento está protegido por una licencia 4.0 de Creative Commons (atribución, no comercial, sin obra derivada, internacional).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Para más información, visiten la página Permisos de nuestro sitio web: www.amnesty.org/es/permissions

El material atribuido a titulares de derechos de autor distintos de Amnistía Internacional no está sujeto a la licencia Creative Commons.

Publicado por primera vez en 2024 por Amnesty International Ltd.
Peter Benenson House, 1 Easton Street London WC1X 0DW, Reino Unido

Índice: AMR 45/7965/2024
Idioma original: Español

amnesty.org



Diseño editorial y de portada: Mario Luna

**AMNISTÍA
INTERNACIONAL**



ÍNDICE

- 5 Resumen ejecutivo**
 - 5 Atención, cobertura y financiamiento del Sistema de salud
 - 6 Determinantes sociales de la salud y dimensiones de acceso al derecho
 - 7 Gasto público en salud: retos pendientes
 - 7 Financiamiento a la salud y política tributaria
 - 7 Cinco propuestas para un sistema de salud con enfoque de DDHH
 - 8 Metodología y marco normativo

- 9 Glosario**

- 11 Introducción**

- 13 Metodología**
 - 14 Perfil de la muestra cualitativa

- 16 1. El derecho a la salud en Paraguay**
 - 16 1.1 Marco normativo internacional en materia de derechos humanos
 - 17 Elementos esenciales para analizar el derecho a la salud
 - 18 Determinantes sociales de la salud
 - 19 El papel de los Estados parte en materia de salud
 - 20 La atención primaria a la salud
 - 21 1.2. Normativa nacional

- 23 2. El sistema de salud de Paraguay**
 - 24 2.1 Roles y funciones
 - 25 2.2. Cobertura y atención
 - 28 2.3 Brechas de atención y financiamiento entre sistemas

31	3. Análisis de los determinantes sociales y las dimensiones del derecho a la salud en Paraguay
31	3.1. Brechas en acceso a determinantes sociales de la salud
31	3.1.1. Nutrición y preparación de alimentos
33	3.1.2. Condiciones de agua y saneamiento en la vivienda afectan acceso a
33	3.1.3. Estatus laboral y acceso a la seguridad social
36	3.2. Dimensiones del derecho a la salud
36	3.2.1. Disponibilidad
46	3.2.2. Accesibilidad
46	3.2.2.1. Dimensión física
48	3.2.2.2. Dimensión económica
54	3.2.2.3. Dimensión de no discriminación
54	Personas de pueblos indígenas y/o que viven en el ámbito rural
57	Población LGBTI
59	3.2.3. Calidad y aceptabilidad
63	3.. Hallazgos generales
64	4. Análisis del gasto público en salud
64	4.1. Fuentes de ingresos y financiamiento
66	4.2. Inversión y gasto total en salud
69	4.3. Distribución geográfica del gasto en salud
71	4.4. Atención primaria en salud y adquisición de medicamentos
75	4.5. Privatización y uso de recursos públicos
78	5. Fuentes de financiamiento y movilización de recursos
78	5.1. El financiamiento del MSPBS y sus programas
81	5.2 Regulación y diseño institucional para reducir conflictos de interés
82	5.3. Las oportunidades para el espacio fiscal y potenciales medidas de recaudación
84	Conclusiones y recomendaciones
87	Anexo Metodológico
87	1. Estadísticas descriptivas sociodemográficas de los grupos focales
88	2. Instrumento metodológico de grupos focales: preguntas orientadoras
91	3. Instrumento metodológico Guía para la entrevista de las historias de vida

RESUMEN EJECUTIVO

En abril de 2022, Amnistía Internacional presentó, en conjunto con el Centro por los Derechos Económicos y Sociales, el informe Desigual y Letal, que documenta el impacto de la pandemia de Covid-19 en el acceso a la salud, producto de las desigualdades estructurales en América Latina y el Caribe, así como de la debilidad fiscal de los Estados.

Para inicios de 2022, un tercio de las muertes por Covid-19 en el mundo habían sucedido en América Latina y el Caribe, a pesar de que esta región solo concentra el 8.4% de la población mundial.

Paraguay enfrenta retos comunes con la mayoría de los países de la región en materia de acceso a la salud. Este país, en concepto de gasto público, no alcanza el estándar mínimo de inversión recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (6%) para poder asegurar la cobertura universal. Amnistía Internacional analizó las brechas de acceso a la salud, sus determinantes sociales, y de las acciones del Estado en materia de aseguramiento y financiamiento del derecho a la salud, tomando en cuenta el criterio de suficiencia de recursos, así como la gestión del sistema de salud y acorde a los estándares internacionales. En relación con el derecho a la salud recomienda una serie de medidas para asegurar que este derecho sea garantizado por el Estado paraguayo.

Atención, cobertura y financiamiento del Sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud de Paraguay está integrado por varios subsectores que incluyen instituciones públicas, privadas y mixtas. Amnistía Internacional analizó la cobertura, los roles y funciones, y la atención hospitalaria de los tres sectores más importantes en materia de cobertura:

- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), que da servicios de salud a todas las personas, pero en particular a la población sin seguro médico.

- El Instituto de Previsión Social (IPS), un organismo autónomo de carácter público que otorga prestaciones de salud a sus afiliados en establecimientos propios y, en menor medida, en establecimientos contratados y/o con convenios con el MSPBS. El acceso al servicio de salud depende del estatus laboral de las personas trabajadoras.

- El sector privado, constituido por instituciones como empresas aseguradoras, hospitales y sanatorios privados, farmacias u organizaciones sin fines de lucro independientes del Estado.

Más del 70% de la población paraguaya no contaba con ningún seguro de salud, por lo que se atienden en el MSPBS, mientras que el 19.6% tenía seguro médico por parte del IPS y solo el 5.9%, seguros privados. Al realizar cálculos de dónde se atiende la población de Paraguay, Amnistía Internacional encontró que los pacientes acuden a otros servicios que no necesariamente son los mismos que le otorgan cobertura. Existe un porcentaje significativo de beneficiarios del IPS que asisten al MSPBS o al sector privado; así como personas sin seguro de salud que tienen que atenderse en el sector privado.

Los hallazgos de Amnistía Internacional, en línea con los de otras instituciones internacionales como el Banco Mundial, señalan que existe una excesiva concentración de recursos en materia de salud en la capital de Paraguay y en sus zonas urbanas, y que el financiamiento por persona del MSPBS en comparación con el IPS es más bajo, incluso cuando el primero atiende a la mayoría de la población, incluidas las personas aseguradas.

Para Amnistía Internacional, resulta fundamental que el Estado paraguayo destine mayores recursos, con un mejor control y monitoreo en el sistema público de salud. El tener esquemas segmentados en la provisión y fuentes de financiamiento de los servicios de salud refleja la inequidad e ineficiencia en materia de utilización de infraestructura y financiamiento. El sistema de salud pública en Paraguay es segmentado, tiene brechas en inversión y atención, y está determinado por el estatus laboral y la capacidad adquisitiva de los hogares, todo lo cual lleva a algunos de ellos a optar por atenderse en el sector privado, incluso teniendo acceso (en teoría) a servicios públicos.

Determinantes sociales de la salud y dimensiones de acceso al derecho

En materia de **nutrición**, la prevalencia de inseguridad alimentaria es más alta en los hogares con niños y niñas menores de cinco años, lo que tiene efectos a largo plazo en el desarrollo cognitivo, mayor prevalencia de morbilidades, mayor mortalidad por enfermedades infecciosas y menores niveles de escolaridad. Aunque la mortalidad en niños y niñas menores de cinco años se redujo de 21.43 a 18.7 por cada 1,000 personas nacidas vivas de 2016 a 2020, de 2018 a 2022 la desnutrición crónica en niños y niñas menores de cinco años ha aumentado a nivel nacional de un 11.4% a un 13%.

En materia de **agua y saneamiento**, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la falta de acceso adecuado a los servicios de agua, saneamiento e higiene tiene un efecto importante en la prevalencia de malnutrición, enfermedades infecciosas, diarrea, y mortalidad en niños y niñas menores de cinco años. Amnistía Internacional observó que la población sin seguro de salud tiene menor acceso a provisión de agua las 24 horas del día y menor acceso a desagüe adecuado que aquella con seguridad social.

En materia de **estatus laboral y acceso a la seguridad social**, existe una asociación directa entre el acceso a seguro médico, estatus laboral e ingresos. Amnistía Internacional encontró que, debido a esta desigualdad, los gastos catastróficos por emergencias médicas pueden afectar el ingreso de los hogares más vulnerables sin acceso a la seguridad social, y pueden tener efectos negativos en los niveles de bienestar, los ahorros de largo plazo, y mayor riesgo de caer en situación de pobreza.

Sobre la dimensión de **disponibilidad**, el nivel de recursos materiales e infraestructura —camas, profesionales médicos, enfermeras— de Paraguay es bajo con respecto a otros países con los mismos niveles de desarrollo, a sus vecinos geográficos y al promedio de la región de América Latina. Las personas entrevistadas en los grupos focales señalan que la provisión de medicina y equipamiento en las Unidades de Salud de la Familia es insuficiente en muchas regiones. Esto tiene como consecuencia la saturación del sistema, tiempos de espera largos y costos adicionales que son cubiertos por los hogares. Amnistía Internacional encontró evidencia de una concentración geográfica importante en la provisión de camas de hospital, que se concentran en la capital, mientras que las zonas con menor cobertura de seguro médico —y que por tanto deberían de estar cubiertas por los servicios del MSPBS— tienen menos disponibilidad de camas.

En materia de **accesibilidad económica**, el Gobierno ha tomado algunas medidas para incrementar el acceso de la población a los servicios públicos de salud, como la Ley N.º 5099 sobre la gratuidad en medicamentos y tratamientos. Sin embargo, estimaciones de Amnistía Internacional para 2022 mostraron que cuatro de cada diez personas paraguayas (41.7%) no recibió medicamentos gratuitos cuando acudió a consulta médica. Además, aproximadamente una de cada tres personas en situación de pobreza tuvo que pagar por sus medicamentos.

A nivel internacional, y comparado con países de similar nivel de desarrollo, se encuentra que en Paraguay casi cuatro de cada PYG 10 que se gastan en salud (38%) proviene del bolsillo de las familias, y que es uno de los países con mayor gasto de bolsillo per cápita ajustando por paridad del poder de compra. Esto quiere decir que no solo el gasto de bolsillo representa más del gasto total en salud, sino que es más caro en promedio pagar por servicios de salud en comparación con otros países con nivel similar de desarrollo.

Sobre la dimensión de **accesibilidad en términos de no discriminación**, la población rural entrevistada en los grupos focales declara haber sufrido tratos inadecuados desde las instituciones públicas. Los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística señalan que casi el 15% de la población indígena no acude a la consulta médica por no haber instalaciones cercanas o por los costos asociados, mientras que este porcentaje es de menos del 3% para la población nacional.

Un grupo que enfrenta desigualdades estructurales en Paraguay es el de la población LGBTI. Dentro de las entrevistas realizadas en los grupos focales, la población perteneciente a este grupo señala como las principales barreras de acceso los temas de cultura y la falta de reconocimiento a sus derechos, y señala la discriminación por su orientación sexual e identidad de género. Ante la falta de disponibilidad en los servicios públicos de salud, la organización de personas y colectivos son fundamentales para poder exigir el derecho a la salud.

En materia de **calidad y aceptabilidad** de los servicios públicos, las personas entrevistadas en los grupos focales reconocen una mejora en el acceso con la creación de la Estrategia de Atención Primaria en 2008 y la construcción de las Unidades de Salud de la Familia. Aunque existe reconocimiento y adscripción a los equipos de salud familiar en los territorios donde viven, las personas mencionaron que la calidad ha empeorado en los últimos cinco años. Amnistía Internacional recabó a través de los grupos focales experiencias de falta de insumos, baja calidad en el tratamiento y preparación en zonas rurales.

Gasto público en salud: retos pendientes

Paraguay se encuentra entre los países que menos gastan en salud por persona y como porcentaje del PIB (alrededor de 4% en 2021). De 18 países de la región analizados,¹ cinco de estos —Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Honduras y Venezuela— presentan menor inversión por persona que Paraguay y solo cuatro —México, Guatemala, Honduras y Venezuela— menos con respecto al PIB.

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud son relativamente bajas con respecto a otros países de la región por la baja recaudación tributaria y la fragmentación y diseño de la seguridad social, lo cual impacta en la capacidad del Estado en movilizar recursos fiscales para asegurar el derecho a la salud. Como consecuencia de ello, Paraguay es uno de los países con mayor gasto de bolsillo.

A pesar de que Paraguay es uno de los países con niveles de gasto público más bajos de América Latina, destina casi el 4% de todo el gasto público en salud subsidiar a sus funcionarios públicos su seguro médico privado. El monto de estas prestaciones es diez veces el tamaño de lo presupuestado para la Dirección General de Beneficencia Pública, organismo encargado de atender a grupos vulnerables.

Esta asignación presupuestaria contraviene el principio de equidad señalado en la legislación internacional de accesibilidad económica, y se suma a los otros factores que determinan las barreras económicas de los grupos más vulnerables.

La gestión de los medicamentos es uno de los temas más complejos que enfrenta la política de salud en Paraguay. A pesar de los incrementos sustanciales en el presupuesto de medicamentos a raíz de la COVID-19, el Gobierno central a través del MSPBS ha reportado subejercicios crónicos en este rubro. El gasto de bolsillo de los hogares se destina en su mayor parte a la compra de medicamentos, por lo que una ampliación de la disponibilidad de estos por parte del sector público incrementaría la cobertura del sistema, reduciría la automedicación y mejoraría la percepción de calidad de los servicios por parte de la ciudadanía.

Financiamiento a la salud y política tributaria

Antes de la pandemia en 2020, el Ministerio de Salud se financiaba casi enteramente con impuestos generales. Ante la falta de recursos provenientes del sistema tribu-

tario, el endeudamiento público ha sido la estrategia de 2020 a 2022 utilizada para financiar el gasto. En 2022, casi el 30% del financiamiento a la salud provenía del crédito público. Aunque el MSPBS también se financia con la asignación de impuestos específicos a diversos productos, estas fuentes son un monto relativamente pequeño con respecto al total de los recursos.

El financiamiento de la función salud tiene la particularidad de contar con numerosas leyes que buscan garantizar la provisión de servicios, de insumos y de medicamentos. Sin embargo, el diseño de dichos mecanismos hace que la asignación de recursos dentro del MSPBS y con respecto a otros rubros del gasto social sea un “juego de suma cero” en el que se deben reducir recursos de unos programas para financiar otros que cuentan con leyes específicas para sus ingresos.

Para Amnistía Internacional, resulta importante la creación de un espacio fiscal para ampliar recursos que puedan ser dirigidos a la provisión de servicios universales de salud en Paraguay considerando tres grandes determinantes: recaudaciones tributarias y de contribuciones sociales, reasignaciones presupuestarias, y ganancias de eficiencia en las compras públicas. Es necesario el fortalecimiento de los ingresos tributarios que dote al sistema de salud de recursos sostenibles y estables.

Amnistía Internacional considera que los mecanismos para impulsar mejoras del sistema fiscal y tributario se pueden lograr fortaleciendo la recaudación por medio de impuestos progresivos. La creación de un espacio fiscal hacia un sistema tributario más justo y con más recursos es la alternativa frente a la deuda y la baja recaudación. De manera complementaria, es posible un aumento en la eficiencia de las adquisiciones públicas —medicamentos, insumos, tercerizaciones de servicios de hospitalización y en adquisición de insumos— y de una reforma en el sistema previsional contributivo solidario de manera que incluya paulatinamente al servicio civil y los fondos que actualmente se destinan a financiar la compra de seguros privados.

Cinco propuestas para un sistema de salud con enfoque de DDHH

Se presentan cinco medidas que se pueden tomar en cuenta de corto a mediano plazo para mejorar el acceso a la salud, tendiente a la universalización y al incremento de la equidad y la eficiencia de los fondos públicos:

1. Fortalecer la estrategia de APS y la red hospitalaria

¹ Cuba, Uruguay, Panamá, Chile, Costa Rica, Argentina, Colombia, México, Brasil, Ecuador, Perú, El Salvador, Paraguay, Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Venezuela

para universalizar la salud.

2. Garantizar medicamentos, insumos, y transporte gratuito en los servicios de salud, con abastecimiento continuo.
3. Establecer mejoras para conseguir un sistema que reduzca la discriminación y promueva la equidad.
4. Financiar directamente al sistema público de salud a través de reformas tributarias que contribuyan a recaudar más, y de manera más justa, con un aumento de la cobertura del IPS.
5. Mejorar la eficiencia en el gasto de los recursos públicos actuales.

Metodología y marco normativo

La metodología usada en el presente informe combina las evidencias cuantitativas y cualitativas complementarias para analizar en qué medida Paraguay cumple con sus obligaciones de garantizar el acceso a la salud. Se utiliza información estadística y registros administrativos de fuentes nacionales como el Instituto Nacional de Estadística, el Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), el Ministerio de Economía y Finanzas, entre otros. Además, se utilizan indicadores internacionales en materia de salud y desarrollo económico provenientes de la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, entre otros.

Para entender en profundidad la experiencia de las personas paraguayas en el sistema de salud, se realizaron 18 grupos focales donde participaron 200 personas y cuatro entrevistas, para obtener información sobre el acceso a los servicios de salud, las percepciones de este, y las experiencias de las personas entrevistadas. Todas las personas señaladas en los grupos focales y estudios de caso tienen pseudónimos para proteger sus datos personales.

El derecho a la salud es un derecho humano reconocido por los tratados internacionales y otras fuentes del derecho internacional, y debe garantizarse a todas las personas sin discriminación. Amnistía Internacional retoma el marco normativo internacional en materia de derechos humanos en conjunto con la normativa nacional para analizar el cumplimiento del Estado paraguayo con respecto a las obligaciones básicas y sus esfuerzos para asegurar de forma gradual el acceso a los servicios de salud de todas las personas. Se analizan algunos determinantes sociales de la salud como el acceso a nutrición, agua y saneamiento, y seguridad social. El marco analítico para estudiar las bre-

chas de acceso a los servicios de salud se centra en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, y calidad, con especial énfasis en la atención primaria a la salud (Unidades de Salud de la Familia), que constituye un elemento básico y obligatorio para todos los Estados parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Adicionalmente, Amnistía Internacional analizó las obligaciones específicas del Estado paraguayo en materia de política fiscal que consisten en movilizar recursos públicos suficientes para la salud, invertirlos en aquellos programas y presupuestos destinados a la salud, y el diseño de dichas intervenciones con criterios de promover la equidad y la no discriminación en el acceso al derecho a la salud.

GLOSARIO

Atención primaria de salud (APS): De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud “la APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.”²

Espacio fiscal: De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, “el concepto de espacio fiscal para la salud hace referencia a la capacidad de los Gobiernos de proveer recursos presupuestarios adicionales para el sistema de salud sin afectar la situación financiera del sector público ni desplazar otros gastos socialmente necesarios.”³

Gasto de bolsillo: De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, los gastos directos de bolsillo en salud son “aquellos pagos realizados por los hogares y personas a prestadores de servicios de salud al momento de utilizar el servicio. Estos pagos son diferentes a los pagos de seguros de salud privados, y normalmente consisten en gastos fuera de los seguros en rubros como medicinas, tratamientos, hospitalización, el transporte para llegar al centro de salud, entre otros. Una definición más amplia incluye otros gastos relacionados en la práctica con otros gastos de los pacientes, como pagos directos de medicamentos o tratamientos, copagos, coaseguros, comida y ropa de cama, entre otros.”⁴

Gastos catastróficos: De acuerdo con la Organización Mun-

dial de la Salud, los gastos catastróficos en salud son “aquellos gastos de bolsillo elevados con respecto al ingreso o consumo de un hogar. De acuerdo con el indicador 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, un gasto de bolsillo se considera catastrófico si excede de entre el 10% y el 25% de los ingresos o consumo de un hogar. Estos gastos reducen la capacidad de los hogares que incurren en ellos de acceder otros bienes esenciales en materia de alimentación, educación, vestido o vivienda. Los hogares vulnerables por ingreso pueden caer en un ciclo de pobreza y baja salud como consecuencia de estos gastos.”⁵

Gastos tributarios: De acuerdo con el Centro Interamericano de Administraciones Tributarias se definen “los gastos tributarios como recursos a los que el Estado renuncia debido a la existencia de incentivos o beneficios que reducen la carga tributaria directa o indirecta de determinados contribuyentes, en relación con un sistema tributario de referencia, para lograr ciertos objetivos económicos y sociales.”⁶

Listado de medicamentos esenciales: Es un listado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay, que los define como “aquellos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población por lo que deben estar disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de la calidad e información adecuada y accesibles a los pacientes y la comunidad en general”⁷ por parte de todas las instituciones públicas.

Precios de transferencia: De acuerdo con la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, “es el pre-

² Organización Mundial de la Salud. Atención primaria a la salud. 1 de abril de 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care> (Consultado el 1 de octubre de 2023).

³ Organización Panamericana de la Salud. *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. 2018. Washington, D.C., OPS.

⁴ OMS / OPS. *Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género*. 2021. Washington, DC. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54668/9789275323540_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁵ Organización Mundial de la Salud. *Frequently Asked Questions. Universal Health Coverage Global Monitoring Report 2023*. Organización Mundial de la Salud. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/faqs_uhc-gmr-2023.pdf?sfvrsn=d820381e_3 (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

⁶ Centro Interamericano de Administraciones Tributarias. *Manual de buenas prácticas en la medición de los gastos tributarios: una experiencia iberoamericana*. 2011. Centro Interamericano de Administraciones Tributarias, Panamá.

⁷ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Lista de Medicamentos Esenciales*. 14 de diciembre de 2009. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dggies/adjunto/55a7d6-Listademedicamentososenciales.pdf> (Consultado el 10 de octubre de 2023).

cio que pactan dos empresas que pertenecen a un mismo grupo empresarial o a una misma persona. Mediante este precio se transfieren utilidades entre ambas empresas.”⁸ Además “las normas sobre precios de transferencia buscan evitar que empresas vinculadas o relacionadas (casa matriz y filiales, por ejemplo) manipulen los precios bajo los cuales intercambian bienes o servicios, de forma tal que aumenten sus costos o deducciones, o disminuyan sus ingresos gravables.”

Progresividad fiscal: De acuerdo con la Tax Foundation un sistema tributario progresivo es aquel donde la carga promedio impositiva se incrementa con el ingreso. Como consecuencia, los hogares de altos ingresos pagan un porcentaje mayor en impuestos, mientras que la carga impositiva para los hogares de menores ingresos es más baja comparativamente.⁹

Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIIS): La RIIS es un enfoque de gestión de servicios de salud del Paraguay que busca mejorar la coordinación y la eficiencia en la atención médica en todo el país. Este sistema se organiza en varios niveles de atención, desde el primer nivel en las Unidades de Salud Familiar (USF) hasta el cuarto nivel en hospitales especializados.¹⁰

Régimen de bienestar social: Son los diferentes arreglos por los cuales se integra el estado de bienestar, que es “un conjunto de instituciones públicas proveedoras de servicios sociales, dirigidas a mejorar las condiciones de vida y a promover la igualdad de oportunidades de sus ciudadanos.”¹¹ Se retoma la tipología básica de Espig-Andersen de “tres modelos de bienestar según el reparto de responsabilidades entre el Estado, el mercado y la familia (...). A partir de esas premisas distingue en el mundo occidental tres modelos y regímenes distintos de estado de bienestar: el liberal, el corporativo y el socialdemócrata.”¹²

Seguridad social contributiva: De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, es el mecanismo de seguridad social, sistema basado en cotizaciones de personas que trabajan y que garantiza la protección de la salud, las pensiones y el desempleo.¹³ El mecanismo de financiamiento varía de país en país, pero en términos generales

funciona a través de cuotas que pagan los trabajadores y/o empleadores.

Servicios tercerizados: La tercerización —también llamada en algunas ocasiones externalización— de servicios en el contexto de la administración pública “consiste en la contratación de parte de la producción de los servicios con agentes externos a la organización, con o sin ánimo de lucro, a fin de lograr una mayor eficiencia.”¹⁴

⁸ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. *Directrices de la OCDE aplicables en materia de precios de transferencia a empresas multinacionales y administraciones tributarias 2017*. 2018. OCDE, París.

⁹ Tax Foundation. *What Makes a Tax System Progressive?* TaxEdu. Disponible en <https://taxfoundation.org/taxedu/glossary/progressive-tax/> (Consultado el 1 de octubre de 2023).

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIIS - Paraguay. 2019*. OMS/OPS. Asunción.

¹¹ Mario Alfredo Navarro. Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos* N.º 21. 2006. Ciudad de México

¹² Mario Alfredo Navarro. Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos*. N.º 21. 2006. Ciudad de México

¹³ Organización Internacional del Trabajo. *Hechos concretos sobre la seguridad social*. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067592.pdf (Consultado el 1 de octubre de 2023)

¹⁴ Carles, Mata. La externalización de servicios públicos en España: la necesidad de repensar una nueva gestión pública planificada, controlada y evaluada. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* No. 35. Junio 2006.

INTRODUCCIÓN

El 6 de mayo de 2023, la Organización Mundial de la Salud declaró oficialmente como finalizada la COVID-19 como crisis de emergencia sanitaria internacional.¹⁵ Después de más de tres años, la pandemia de la COVID-19 y sus secuelas trajeron enormes retos en materia de derechos económicos y sociales en la región de América Latina y el Caribe (ALC). Al inicio de esta emergencia, expertos de Naciones Unidas señalaron que la pandemia era una llamada de atención para revitalizar los principios universales de derechos humanos, y que “todas las personas, sin excepción, tienen derecho a intervenciones para salvar sus vidas y esta responsabilidad recae en el Gobierno. La escasez de recursos o el uso de sistemas de seguros públicos o privados nunca deben servir de justificación para discriminar a determinados grupos de pacientes.”¹⁶

A inicios de 2022, un tercio de las muertes por la COVID-19 en el mundo sucedieron en América Latina, a pesar de que esta región solo concentra el 8.4% de la población mundial.¹⁷ Paraguay enfrenta retos comunes con la mayoría de los países de la región. El gasto de gobierno per cápita en salud¹⁸ antes de la pandemia (2019) era uno de los más bajos de la región (USD 437 ajustados por paridad de poder de compra), mucho más bajo que el promedio de América Latina (USD 668).

En materia de gasto público, el Gobierno central paraguayo gasta alrededor del 4% del PIB, por debajo del mínimo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (6%) para poder asegurar la cobertura universal.¹⁹

Además de la marcada desigualdad económica y social del país, en Paraguay, millones de personas se enfrentan a problemas de salud como resultado de las dificultades estructurales del sistema sanitario. Como se mencionará más adelante, estos problemas se deben a la falta de recursos y su asignación y ejercicio en el presupuesto. El presente informe tiene como objetivo realizar un análisis de las bre-

chas de acceso a la salud, sus determinantes sociales, y de las acciones del Estado en materia de su aseguramiento y financiamiento del derecho a la salud, tomando en cuenta el criterio de suficiencia de recursos, así como la gestión del sistema de salud.

El capítulo 1 hace un recuento del marco normativo internacional en materia de derechos económicos y sociales, particularmente en lo contenido en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la Observación N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y de otros convenios suscritos por el país en materia de salud. También se describe el marco legal nacional de Paraguay en materia del derecho a la salud.

El capítulo 2 analiza las principales características del sistema de salud en Paraguay en materia del diseño general del modelo de protección social, la cobertura, los beneficiarios y los servicios que prestan los tres principales actores del sistema: el Instituto de Previsión Social (IPS), el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y el sector privado.

El capítulo 3 analiza las dimensiones del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, no discriminación, aceptabilidad y calidad) y sus determinantes sociales. Se utiliza evidencia cuantitativa y cualitativa detallada en el apartado de metodología.

El capítulo 4 hace un análisis del gasto público en salud y contempla el panorama general en materia de ingresos fiscales, el gasto público en materia de participación en el presupuesto, el análisis del gasto por rubros, el gasto regional y las adquisiciones de medicamentos.

Finalmente, en el capítulo 5 se establecen las fuentes de financiamiento del gasto en salud, los mecanismos de fi-

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa*, 6 de mayo de 2023. (Consultado el 30 de abril de 2023).

¹⁶ Naciones Unidas, Sin excepciones con la COVID-19: *Todas las personas tienen derecho a intervenciones para salvar sus vidas*, indican expertos de las Naciones Unidas, 26 de marzo 2020, <https://www.ohchr.org/es/2020/03/no-exceptions-covid-19-everyone-has-right-life-saving-interventions-un-experts-say> (Consultado el 30 de abril de 2023).

¹⁷ Amnesty International, *Desigual y Letal*, 2022, <https://www.amnesty.org/es/latest/research/2022/09/desigual-y-letal/> (Consultado el 30 de abril de 2023).

¹⁸ El gasto de gobierno per cápita en salud es el cociente entre el gasto total en salud del sector público entre la población total.

¹⁹ Amnesty International, *Desigual y Letal*, 2022, <https://www.amnesty.org/es/latest/research/2022/09/desigual-y-letal/> (Consultado el 30 de abril de 2023).

nanciamiento contemplados en diferentes leyes y las posibles soluciones para incrementar el espacio fiscal en términos tributarios y de ajuste en el gasto público.

En la sección de conclusiones, se proponen un conjunto de recomendaciones para el Estado de Paraguay en materia de reforma al sistema de salud.

METODOLOGÍA

La metodología usada en el presente informe es mixta, es decir, combina el análisis cuantitativo con el cualitativo de manera que se pueda tener información complementaria para poder analizar en qué medida el Estado de Paraguay cumple con sus obligaciones para garantizar el acceso a la salud. Mientras el análisis cuantitativo permite tener información agregada a nivel nacional y local con representatividad estadística, el análisis cualitativo profundiza en los problemas que enfrentan las personas beneficiarias y sus percepciones sobre el sistema de salud, lo que permite profundizar en algunos aspectos u obtener información en casos donde no se tiene información cuantitativa. El análisis financiero y del sistema de salud del presente reporte fue realizado en coautoría con las investigadoras académicas Mariluz Martin y Verónica Serafini.

El análisis cuantitativo tiene como objetivo observar tendencias generales en las características de la infraestructura, de las personas usuarias del servicio de salud, y de las finanzas públicas del sector para realizar comparaciones en el tiempo, tanto nacionales como internacionales, para poder comparar el grado de avance de Paraguay en materia de acceso a la salud de la población. Dicha metodología se compone de dos tipos diferentes de análisis. El primero es la generación de indicadores que miden las diferentes dimensiones del derecho a la salud a través del procesamiento y análisis de las encuestas de hogares, ya que estas permiten comparabilidad anual y desagregación por sexo, área de residencia y otras variables desde las que se analiza la evolución de las brechas y algunas coberturas de servicios públicos. En el caso de Paraguay, se calcularon indicadores utilizando tres fuentes del Instituto Nacional

de Estadística de Paraguay: la Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC), la Encuesta sobre el Uso del Tiempo (EUT) y el Censo Nacional de Viviendas. Para las dos primeras fuentes, se utilizaron los microdatos de las encuestas que fueron analizados con el software estadístico Stata.

También se utilizó información de fuentes internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la plataforma CEPALSTAT de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) debido a la homogeneización de datos entre países.²⁰ Se realizó un análisis comparativo con respecto a países de la región o con niveles de desarrollo humano similares, además del análisis regional con información administrativa por parte del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Es importante señalar que durante la investigación se encontró consistentemente que en los indicadores de disponibilidad existe una falta de actualización en los datos administrativos tanto del MSPBS como del IPS.

Estos indicadores son utilizados comúnmente por organizaciones internacionales como la Organización Panamericana de la Salud,²¹ el Banco Mundial,²² o la Organización para Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)²³ para analizar el desempeño y los avances de diferentes países en materia de acceso a la salud.

Adicionalmente, se realiza un análisis presupuestario con información del Ministerio de Hacienda, actualmente denominado Ministerio de Economía y Finanzas, principalmente de la plataforma BOOST²⁴ que permite analizar el proceso

²⁰ Los organismos internacionales recogen información proporcionada por cada país para tener a la mano indicadores comparables a nivel regional o internacional, ya que las fuentes de datos nacionales como registros administrativos o resultados de censos o encuestas de hogar son comúnmente reportadas de manera distinta por cada país.

²¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativos*. 2018. OPS/OMS. Washington, DC. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

²² Cristina Herrera et al. *Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de la COVID-19*. 2022. Banco Mundial. Washington, DC. Disponible en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099955001202313910/pdf/P1782990b8379d06d095330b1a51ea0836f.pdf> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

²³ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. *Panorama de la Salud 2021*. 2021. OCDE. Paris. Disponible en <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

²⁴ Es una plataforma del Ministerio de Economía y Finanzas que presenta datos presupuestarios públicos y abiertos al público para los diferentes organismos centralizados o descen-

presupuestario en diferentes niveles de desagregación y de manera multianual. Este análisis es de vital importancia para entender la manera en la que el Estado de Paraguay moviliza y asigna recursos para garantizar el acceso a la salud en línea con las dimensiones establecidas en el marco normativo nacional, así como en el marco legal internacional en materia de derechos humanos, mismas que se mencionan en el capítulo 1 del presente informe.

En este contexto, el presente informe contiene un análisis presupuestario desde el punto de vista de los ingresos y egresos, así como una evolución histórica del presupuesto para analizar en qué medida el Estado paraguayo ha movilizado los recursos suficientes para el acceso a la salud, en qué ha invertido dichos recursos, si ha ido incrementando la inversión en salud de manera progresiva en el tiempo para aumentar el acceso, y si ha movilizado el máximo de los recursos disponibles a través de su política fiscal.

La información se complementa con fuentes secundarias de estudios previos en revistas académicas y de organismos nacionales e internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros.

Para poder entender a profundidad la experiencia de las personas paraguayas en el sistema de salud, se aplicaron dos instrumentos cualitativos. Primero, se implementó una metodología de grupos focales, con base en un instrumento de batería de preguntas. Los grupos focales fueron realizados con facilitación en los idiomas guaraní y español.

La muestra analizada comprende un total de 200²⁵ personas participantes de siete departamentos del país y la capital. En el caso de las zonas rurales, las personas de los departamentos de San Pedro, Canindeyú y Concepción participaron presencialmente, mientras que el resto de las participantes lo hicieron a través de grupos focales virtuales.

Adicionalmente, se realizaron cuatro entrevistas en profundidad y estudios de caso, con una lista de temas importantes vinculados también al acceso a los servicios de salud, las percepciones de este, y las experiencias de las personas entrevistadas que permitieron ilustrar de manera concreta las brechas en el acceso a la salud. Todas las personas señaladas en los grupos focales y estudios de caso tienen pseudónimos para proteger sus datos personales.

Perfil de la muestra cualitativa

En total se realizaron 18 grupos focales, diez en comunidades rurales y ocho en urbanas. De los grupos rurales, tres de ellos se realizaron en San Pedro con 48 personas, tres en Caaguazú con 33 personas, y cuatro grupos en Concepción con 40 personas. De los urbanos, seis grupos en Asunción con 63 personas, uno en Caaguazú con cinco personas, y uno mixto con personas de varias ciudades exclusivo de miembros de la población LGBTI con siete personas. El tamaño de los grupos osciló entre las cinco y las 11 personas.

Las invitaciones se realizaron a través de la Plataforma por el Derecho a la Salud, una alianza constituida por entonces por la Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) Capítulo Paraguay, y Amnistía Internacional Paraguay, en lugares en los cuales se tenía algún tipo de intervención u organización. En algunos de los lugares se contaba con alianzas con otras organizaciones como Tesai Reka Paraguay y comités productivos.

No se hicieron grupos focales con personas de comunidades indígenas debido a que no pertenecían a las redes donde la plataforma trabajaba y la metodología de grupo focal no se consideró adecuada en este caso por temas logísticos y de aplicabilidad del instrumento. No obstante, se desarrolló en este informe un estudio de caso como historia de vida de una pareja perteneciente a una comunidad indígena.

En Paraguay, una de cada tres personas continúa viviendo en zonas rurales fundamentalmente agrícolas, con una realidad muy diferente a la de las zonas urbanas, particularmente a las zonas que concentran la mayor infraestructura del país, como son Asunción y Central. Como se mostrará a lo largo del capítulo, las brechas de acceso a la salud son mayores en comunidades rurales. Es por ello que la muestra del estudio se concentró mayoritariamente (62%) en personas de localidades rurales, donde los temas de acceso a la salud tienden a ser mayores por la concentración de infraestructura en el ámbito urbano. Adicionalmente, la población de la muestra en su mayoría se sitúa entre los 20 a 50 años, es decir, la edad donde generalmente las personas se encuentran en el mercado laboral. La muestra recoge también percepciones de personas jóvenes (estudiantes) y adultas mayores.

El perfil laboral de la muestra de adscripción propia se

tralizados del gobierno nacional. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/

²⁵ 196 personas más 4 estudios de caso

refiere a la ocupación con la que las personas participantes del estudio se reconocen. En los casos de personas promotoras de salud voluntarias, son aquellas que, si bien realizan funciones de salud, no lo hacen contratadas por el Estado, sino a través de proyectos comunitarios y de financiamiento de organizaciones de la sociedad civil en las comunidades. Las personas trabajadoras por cuenta ajena son aquellas que reciben un ingreso por su trabajo, pero que en la mayor parte de los casos lo hacen de forma precarizada, es decir, sin estar adscritos a la seguridad social contributiva. En cambio, las personas trabajadoras por cuenta propia son aquellas que trabajan en emprendimientos propios en distintos rubros de la economía: servicios, ventas, etc. Las personas campesinas y cuidadoras del hogar son mujeres que trabajan en sus chacras y al mismo tiempo tienen tareas de administración y cuidado del hogar, mientras que las mujeres que realizan cuidados en el hogar son aquellas mujeres que viven en zonas urbanas y realizan exclusivamente tareas no remuneradas de cuidado.

Debido a la importancia de considerar la protección de la salud de las poblaciones históricamente discriminadas o excluidas en las dimensiones de clase social, ámbito de ruralidad, género y orientación sexual, la muestra contempla tener información útil para el análisis teniendo en cuenta estas características. Aunque el 86% de las personas participantes se identifican como cisgénero, un 14% se identifican a sí mismas como mujer transgénero. Además, el 88% de la población participante se define como heterosexual y el restante 12% como homosexual. El anexo metodológico del presente informe incluye información detallada de las estadísticas descriptivas para la muestra cualitativa, las baterías de preguntas y lista de temas para los instrumentos cualitativos, y los enlaces para acceder al anexo estadístico de tabulados e instrucciones para replicar los programas de cálculo para el *software* Stata.

1. EL DERECHO A LA SALUD EN PARAGUAY

1.1 Marco normativo internacional en materia de derechos humanos

La salud es un derecho humano e inalienable de toda persona sin importar sus circunstancias, estatus social o económico. En materia de salud, Paraguay ratificó en 1992 el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que en su artículo 12 reconoce el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud.²⁶

Además del PIDESC, el derecho a la salud está reconocido en otros instrumentos internacionales de derechos humanos. El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño²⁷ señala que los Estados parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, asegurando la prestación y atención médica, con énfasis en la atención primaria. En el mismo sentido, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial señala en su artículo 5²⁸ que los Estados Parte se comprometen a eliminar y prohibir la discriminación en todas sus formas en el acceso a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Por otro lado, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad señala en su artículo 25²⁹ que los

Estados parte adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso a las personas con discapacidad a los servicios de salud. De manera particular, la Convención señala la obligación de los Estados parte de ofrecer de manera gratuita o a precios asequibles programas de atención a la salud e impedir que se nieguen de manera discriminatoria estos servicios.

Finalmente, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer señala que en sus artículos 12 y 14³⁰ que los Estados parte adoptarán medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica, con énfasis en la protección de los derechos de las mujeres que viven en el ámbito rural, e incluye el tener acceso adecuado a la atención médica, al asesoramiento, a la información, y a los servicios de la planificación familiar.

A pesar de estas consideraciones, a la fecha Paraguay no ha ratificado el Protocolo Facultativo del PIDESC, en donde se establece que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)³¹ tiene competencia para conocer, investigar y comunicar personas o grupos de personas que aleguen ser víctimas de la violación de los derechos económicos, sociales y culturales por parte de los Estados parte.

La alta comisionada para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas volvió a instar a Paraguay a ratificar el Protocolo Facultativo del PIDESC en el contexto del Examen Periódico Universal (EPU), realizado en febrero de 2021.³²

²⁶ Organización de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (artículo 12). Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf (Consultado el 17 de agosto de 2023)

²⁷ Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos del Niño* (artículo 24). Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

²⁸ Organización de las Naciones Unidas. *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial* (artículo 5). Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial> (Consultado el 13 de noviembre de 2023)

²⁹ Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (artículo 25). Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

³⁰ Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (artículo 12 y 14). Disponible en <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

³¹ Organización de las Naciones Unidas. *Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/OProtocol_en.pdf (Consultado el 17 de agosto de 2023).

³² Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Examen Periódico Universal-Paraguay*. Disponible en <https://www.ohchr.org/en/hr-bodies/upr/py-in>

Dentro de las recomendaciones concretas realizadas en el EPU, y para efecto de los objetivos y alcances de este informe, destacan:³³

- Adoptar medidas para fortalecer el sistema público de salud y asegurar la disponibilidad, accesibilidad y calidad en los servicios de salud, particularmente en zonas rurales o inaccesibles.
- Continuar la implementación de programas de planeación familiar para reducir la mortalidad infantil y materna.
- Continuar con los esfuerzos para asegurar una accesibilidad y calidad generalizada de los servicios de salud, al incluir a las comunidades indígenas y rurales.
- Incrementar las medidas para mejorar la infraestructura sanitaria nacional, el acceso a la atención obstétrica de urgencia y la formación de parteras, especialmente en las zonas rurales.
- Continuar con la implementación efectiva de la Política Nacional de Salud 2015-2030 para asegurar un acceso a la salud universal, comprehensivo y equitativo.
- Fortalecer las medidas tendientes a la universalización en la calidad de los servicios de salud, particularmente para personas en situación de vulnerabilidad.
- Ofrecer capacitación al personal de la salud en materia de combate a la discriminación y la violencia, al incluir aquella basada en la orientación sexual e identidad de género.

De acuerdo con la Observación General 36³⁴ sobre el derecho a la vida, los Estados parte tienen que tomar medidas adecuadas bajo ciertas condiciones generales que pueden suponer amenazas directas a la vida, entre las que destacan —por su importancia para esta investigación— la contaminación del medio ambiente y la prevalencia de enfermedades que amenacen la vida. Ante estas amenazas, existe la obligación de tomar medidas a corto plazo como la atención a la salud y el fortalecimiento de los servicios de salud ante emergencias.

Por lo anterior, desde el Protocolo Facultativo del Pacto

Internacional de Derechos Civiles y Políticos (que sí fue ratificado por Paraguay), se han conocido algunos casos en donde, de manera indirecta, se señalan obligaciones del Estado en materia de salud a través del derecho a la vida o de otros derechos del Pacto.

En el caso del Dictamen 2751 del Comité de Derechos Civiles y Políticos de septiembre de 2019 sobre fumigaciones con agroquímicos en Curuguaty, departamento de Canindeyú, se demostró cómo las omisiones de las autoridades tuvieron como resultado afectaciones en el derecho a la vida, la salud, la calidad de vida y a habitar en un ambiente saludable. El Comité estableció que la falta de acceso físico y disponibilidad de los servicios de salud, agravado por la falta de medios de transporte se tradujo en una violación del derecho a la vida e integridad física.³⁵

Por otro lado, en el caso del Dictamen 2552 del Comité de Derechos Civiles y Políticos de octubre de 2021 sobre fumigaciones con agroquímicos y sus consecuencias en la comunidad indígena Campo Agua'e, se documentan las consecuencias en las personas integrantes de la comunidad, incluidos los menores, donde el Comité encuentra una omisión por parte del Estado de agotar todos los recursos y tomar acción para evitar dichas afectaciones. Como un señalamiento importante, se destaca la afectación de estas acciones en comunidades que enfrentan previamente una situación de pobreza y falta de infraestructura social.³⁶

Elementos esenciales para analizar el derecho a la salud

A partir de los diversos tratados en materia de derechos humanos y en concreto del artículo 12 del PIDESC, la Observación General N.º 14 del CESCR establece el marco conceptual y las obligaciones estatales relacionadas con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Según esta observación, el derecho a la salud implica el acceso **oportuno, universal, equitativo y asequible a servicios de salud de calidad**.³⁷

Las obligaciones básicas de los Estados deberán incluir, como mínimo, el acceso a la atención primaria de la salud; centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial para grupos vulnerables o

[dex](#) (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

³³ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Examen Periódico Universal-Paraguay*. Matriz de Recomendaciones. Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/2021-12/UPR38_Paraguay_Thematic_List_of_Recommendations.docx (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

³⁴ Organización de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida*. Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

³⁵ Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Políticos y Sociales. *Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo*, respecto de la comunicación núm. 2751/2016. Septiembre 2019.

³⁶ Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Políticos y Sociales. *Dictamen aprobado por el Comité a tenor del artículo 5, párrafo 4, del Protocolo Facultativo*, respecto de la comunicación núm. 2552/2015. Septiembre 2022.

³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (párrafo 12). Disponible en https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023).

marginados; una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y que garantice que nadie padezca hambre; un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; medicamentos esenciales;³⁸ una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud, y una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.³⁹

Para el análisis de las dimensiones de salud, se retoman los elementos esenciales de la Observación General N.º 14 en su párrafo 12:

1. Disponibilidad: número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos, y programas. La naturaleza precisa de dichos servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado parte.
2. Accesibilidad: acceso a los bienes y servicios de salud para todos sin discriminación, considerando accesibilidad física, económica, y acceso a la información.⁴⁰
3. Aceptabilidad: los establecimientos de salud deberán de seguir la ética médica y ser culturalmente apropiados.
4. Calidad: los establecimientos de salud deberán de tener buena calidad en el sentido de ser apropiados desde el punto de vista médico y científico, además de contar con la infraestructura adecuada en términos de los determinantes de salud.

Para analizar la conveniencia de la política de salud y los indicadores relevantes para medir los esfuerzos de los Estados parte, se retoman los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La propia Observación General N.º 14⁴¹ señala que “la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)” y la relevancia de que los Estados parte utilicen la asistencia

técnica, los indicadores y referencias de la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en su plano nacional.⁴²

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), como las principales agencias especializadas en salud de las Naciones Unidas, han desarrollado un amplio conjunto de directrices, normativas y otros documentos para promover y proteger el derecho a la salud en todo el mundo, que incluye una amplia gama de áreas de la salud, entre ellas: la atención primaria de salud como estrategia, la importancia de la promoción de la salud mental, la prevención y el control de enfermedades, la nutrición, la salud reproductiva y materna, y la regulación de productos farmacéuticos y tecnologías sanitarias, para incrementar el acceso a medicamentos esenciales.⁴³ Estos documentos proporcionan orientación a los Estados parte y a otros actores relevantes sobre las mejores prácticas y medidas para promover y proteger el derecho a la salud en diferentes contextos.

Determinantes sociales de la salud

La Observación General N.º 14⁴⁴ también menciona que el derecho a la salud es inclusivo, y abarca no solo la atención a la salud sino a los determinantes sociales que influyen en la misma, como el acceso a agua limpia, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones laborales adecuadas, suministro adecuado de alimentos, nutrición, etc.

En la misma línea, la OMS define a los determinantes de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana, por tanto, los determinantes son interdependientes y pueden ser sociales, ambientales, económicos y políticos.”⁴⁵

Estas condiciones de la población pueden dar lugar a las desigualdades sociales en salud, que son las diferencias innecesarias, injustas y evitables que se dan en los indicadores de salud entre los diferentes grupos de población, definidos estos social, económica, demográfica o geográficamente.⁴⁶ Las desigualdades entre grupos sociales no son

³⁸ Según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

³⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (párrafo 43). Disponible en https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023).

⁴⁰ En los siguientes apartados se desarrollarán estos conceptos más a profundidad.

⁴¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (párrafo 12). Disponible en https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023).

⁴² También se menciona la asistencia técnica y conocimiento especializado de otros organismos internacionales como el Banco Mundial, UNICEF y el Fondo Monetario Internacional.

⁴³ Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Atención Primaria en la Salud*. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

⁴⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (párrafo 11). Disponible en https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023).

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Determinantes sociales de la salud*. Disponible en <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

⁴⁶ Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.

naturales ni inevitables ya que pueden atenderse o disminuirse con el desarrollo de políticas públicas y acciones específicas por parte de los Estados. El Estado como garante de derechos humanos, debe generar condiciones para eliminarlas y, por tanto, están relacionadas directamente con el cumplimiento efectivo del derecho a la salud.⁴⁷

El papel de los Estados parte en materia de salud

En concordancia con el PIDESC y la Observación General N.º 14, la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos⁴⁸ señala que los Estados están obligados a garantizar el derecho a la salud de manera progresiva. Esto implica que, aunque no pueda lograrse inmediatamente la efectividad de todos los aspectos, los Estados deben demostrar que están haciendo todo lo posible, dentro de los límites de sus recursos disponibles, para protegerlo y promoverlo. También deben demostrar que estos esfuerzos alcanzan resultados progresivos a través del tiempo. Asimismo, tienen obligaciones de efecto inmediato; en particular, la de velar por que todos los derechos se ejerciten sobre la base de la no discriminación y la obligación de adoptar medidas para lograr la plena efectividad del derecho a la salud, que deben ser concretas, deliberadas y específicas. A ese respecto, no es aceptable la adopción de medidas que supongan una retrogresión, a menos que el Estado pueda demostrar que ha hecho todo lo posible para utilizar todos los recursos de que dispone para cumplir sus obligaciones.

El PIDESC establece en su artículo 2 que los Estados parte adoptarán medidas para lograr la progresiva efectividad de los derechos económicos y sociales mediante: asistencia y cooperación técnica y económica internacional, uso del máximo de recursos disponibles, y criterios que garanticen la no discriminación por raza, sexo, posición económica, entre otros.⁴⁹

Existe una relación estrecha entre las políticas para promover el derecho a la salud y la política fiscal, ya que los instrumentos internacionales en materia de derechos humanos reconocen la obligación de los Estados parte de

canalizar recursos presupuestarios y financieros, y adoptar políticas públicas para garantizar el acceso efectivo con criterios de equidad. Particularmente, la Observación General N.º 14 pone énfasis en la obligación de los Estados de demostrar “la plena utilización de los recursos máximos disponibles.”⁵⁰

En materia de uso de los recursos fiscales y la regulación por parte de los Estados parte, la Observación General N.º 14 señala que se viola el derecho a cumplir con el derecho a la salud si los Estados no están dispuestos a utilizar el máximo de recursos disponibles y/o no adoptan las medidas necesarias para garantizar la efectividad en el acceso, como gastos insuficientes, asignación inadecuada de recursos públicos que impidan que algún grupo o persona (vulnerable o marginada) pueda acceder, la no adopción de medidas para reducir la desigualdad en la distribución de infraestructura, bienes y servicios, entre otros.⁵¹

A nivel regional, Paraguay es país signatario del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). En su artículo 10, se establece el reconocimiento a la salud como un bien público, lo cual implica que “los Gobiernos no pueden desentenderse de la atención y garantía del derecho a la salud de forma equitativa para todas las personas sujetas a sus jurisdicciones.”⁵²

El Protocolo de San Salvador también señala que los Estados parte deberán de adoptar las medidas de atención primaria para todas las personas, la extensión de los beneficios de salud para todas las personas, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y tratamiento contra enfermedades endémicas, la educación para la población en materia de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos sociales más vulnerables y en situación de pobreza.⁵³

Para Amnistía Internacional los Estados parte tienen obligaciones específicas no solo en proveer las políticas de salud y protección social necesarias para alcanzar dichos objetivos, sino que deben de activamente 1) movilizar recursos públicos suficientes, 2) invertirlos en aquellos pro-

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud. *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. 62.ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf

⁴⁸ ONU: Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos (ACNUDH), *Folleto informativo N.º 31 : El derecho a la salud, Junio 2008, No. 31*. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/5289d2de4.html> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

⁴⁹ Organización de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (artículo 12). Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf (Consultado el 17 de agosto de 2023).

⁵⁰ Ver: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (párrafo 11). Disponible en https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023), y Organización de los Estados Americanos. *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Artículo 1. Disponible en <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf> (Consultado el 18 de agosto de 2023).

⁵¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (párrafos 47 y 52). Disponible en https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023).

⁵² Organización de los Estados Americanos. *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Artículo 10. Disponible en <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf> (Consultado el 18 de agosto de 2023).

⁵³ Organización de los Estados Americanos. *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Artículo 10. Disponible en <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/protocolo-san-salvador-es.pdf> (Consultado el 18 de agosto de 2023).

gramas y presupuestos destinados a la salud, y 3) que el diseño de dichas intervenciones y acciones tenga como criterio la equidad y la no discriminación en el acceso.

Esto es consistente con los seis componentes básicos de los sistemas de salud establecidos por la OMS⁵⁴ que consisten en: 1) prestación de servicios, 2) personal de salud, 3) sistemas de información en salud, 4) acceso a medicamentos esenciales, 5) financiamiento y 6) liderazgo y gobernanza.

Por otro lado, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la obligación de los Estados de garantizar el derecho a la salud “se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso a las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.”⁵⁵

La atención primaria a la salud

Como se mencionó al inicio de este capítulo la atención básica constituye una obligación para todos los Estados parte. El derecho a la salud ha requerido el desarrollo de prácticas y la adopción de mecanismos, en forma de declaraciones, para su implementación en los distintos ordenamientos jurídicos. Si bien estas declaraciones no son vinculantes como otros tratados previamente mencionados, han sido ampliamente aceptadas y firmadas por diversos Estados —incluido Paraguay— ya que proveen importantes directrices sobre cómo los Estados pueden satisfacer las obligaciones derivadas del derecho humano a la salud.

La Declaración de Alma-Ata, adoptada en 1978 y firmada por Paraguay, estableció la atención primaria de salud como la estrategia clave para lograr la salud para todas las personas.⁵⁶ En el 2018, 193 países —incluido Paraguay— firmaron la Declaración de Astaná⁵⁷ que supuso una renovación del compromiso de los Estados con respecto a la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que pone el foco en la estrategia de la Cobertura Universal de la Salud (CUS) y en disminuir el gasto de bolsillo de la

población y los riesgos financieros de las familias, limitando el papel del Estado a un intermediario entre usuarios y privados.

Casos específicos relevantes de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de acceso a la salud en Paraguay

Además del marco normativo internacional mencionado, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha condenado al Estado paraguayo por violaciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos relacionados al acceso a la salud en casos concretos. En materia de acceso a la salud de comunidades indígenas, se mencionan a continuación tres casos pertinentes:

- En el caso de la Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay, la sentencia de junio de 2005 estableció que, aunque el Estado de Paraguay tomó algunas medidas en términos de atención sanitaria en la comunidad, estas no han sido suficientes y adecuadas para revertir su situación de vulnerabilidad, en términos de asegurar el acceso a los servicios de salud con un criterio aceptabilidad.⁵⁸
- En el caso de la Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, la sentencia de marzo de 2006 señaló que la legislación paraguaya otorga el derecho a las personas indígenas de ser atendidas gratuitamente en los centros de salud públicos y exonerarlas de la totalidad de los gastos relacionados a estudios y otros procedimientos médicos.⁵⁹ La Corte señala que al menos siete de los fallecimientos en la comunidad fueron atribuibles “a la falta de prevención adecuada y adopción de medidas suficientes positivas por parte del Estado (...), por tanto el Estado debió adoptar medidas que contribuyan a la prestación y suministro de tales bienes y servicios(de salud) .”⁶⁰
- En el caso de la Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, la Corte señaló en su sentencia de agosto de 2010 que el Estado no tomó medidas suficientes para asegurar el derecho a la vida de los habitantes de la comunidad, ya que no proveyó el suministro de agua adecuado de acuerdo con los estándares internacionales.

⁵⁴ Organización Mundial de la Salud. *Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies*. 2010. WHO. Disponible en <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf> (Consultado el 13 de noviembre de 2023).

⁵⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la Salud* (párrafo 118). Disponible en <https://biblioteca.corteidh.or.cr/adjunto/38989> (Consultado el 20 de Septiembre de 2023).

⁵⁶ OMS/OPS. *Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. 6 al 12 de septiembre de 1978. Alma Ata*. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

⁵⁷ OMS. *Global Conference on Primary Health Care*. 25 al 26 de octubre de 2018. Disponible en <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

⁵⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la salud*. 2022. San José. Pág. 60-61.

⁵⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la salud*. 2022. San José. Pág. 31.

⁶⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la salud*. 2022. San José. Pág. 64.

les para satisfacer sus necesidades básicas —incluida la salud, ni proveer servicios de salud adecuados.⁶¹

Consecuentemente, en los tres casos, ordenó la atención inmediata y periódica de la salud, así como el acceso permanente a la atención de este derecho. Estas sentencias son vinculantes para el Estado paraguayo, y el resto de la jurisprudencia de la Corte IDH que desarrollen el alcance de las obligaciones estatales en materia del derecho a la salud, le son aplicables en virtud del principio de control de convencionalidad que rige a los Estados signatarios de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

1.2 Normativa nacional

El derecho a la salud es un bien jurídico, un derecho humano inherente a toda persona, reconocido en la Constitución de la República del Paraguay de 1992. Su artículo 68 señala que: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad”⁶² en conformidad con los instrumentos jurídicos internacionales ratificados por Paraguay.

El mismo artículo arriba establece que: “Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidente.” De manera complementaria, el artículo 6 establece las bases sobre las cuales las políticas públicas del Estado —que incluye la de salud y sus determinantes sociales— tienen que dar prioridad a cerrar brechas de acceso entre grupos sociales: “La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad”.⁶³

El artículo 69 de la Constitución establece la creación de

un sistema de salud que 1) ejecute acciones sanitarias integradas, 2) establezca políticas que posibiliten la concertación, coordinación y complementación de programas y recursos del sector público y privado.⁶⁴

En consonancia, la Ley N.º 1032 crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) en 2014, que garantiza el acceso a los servicios de salud. Sus artículos 2 y 3 establecen la obligatoriedad de distribuir los recursos nacionales de manera justa, y reconocen explícitamente que su finalidad primordial es prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral a la persona enferma.⁶⁵ Por tanto, la ley reconoce al Estado como rector de la política de salud a través de sus roles como ente integrador, regulador y en algunos casos de proveedor directo de dichos servicios a través de las entidades integradas o incorporadas, con un enfoque de integralidad y de acceso universal.

Política de salud

A partir de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013⁶⁶ Paraguay asumió el compromiso de transitar hacia un sistema de salud público, universal, garante de derechos. Desde 2008 se implementó la estrategia de APS, y el MSPBS emitió una resolución sobre la gratuidad universal de las internaciones y cirugías, a través de la Resolución N.º 140.⁶⁷ En 2013, se promulgó la Ley N.º 5099 de Gratuidad de los Aranceles de las Prestaciones de Salud de los Establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social,⁶⁸ tanto de las cirugías de urgencia como de las programadas en las diferentes especialidades y de los medicamentos esenciales en toda la red pública de servicios de salud de dicho sistema.

En 2015 el Ministerio de Salud emitió el Decreto N.º 4541 que establece la Política Nacional de Salud 2015-2030,⁶⁹ donde se establece la ruta para garantizar el derecho a la salud de toda la población del Paraguay. El énfasis de la

61 Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28*: Derecho a la salud. 2022. San José. Pág. 65-66.

62 Constitución de la República de Paraguay (artículo 68). 1992. Disponible en <https://cepei.org/wp-content/uploads/2020/01/Constitucion%CC%81n-de-Paraguay-1992.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

63 Constitución de la República de Paraguay (artículo 6). 1992. Disponible en <https://cepei.org/wp-content/uploads/2020/01/Constitucion%CC%81n-de-Paraguay-1992.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

64 Constitución de la República de Paraguay (artículo 6). 1992. Disponible en <https://cepei.org/wp-content/uploads/2020/01/Constitucion%CC%81n-de-Paraguay-1992.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

65 Ley N.º 1032 Que Crea el Sistema Nacional de Salud. 1996 Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2484/ley-n-1032-crea-el-sistema-nacional-de-salud> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

66 República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. . Asunción. 2008.

67 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución N.º 140 por la cual se dispone la gratuidad universal de las internaciones hospitalarias, así como de las cirugías de urgencias y programadas de las diferentes especialidades; en todos los hospitales y centros de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2008. Disponible en <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/resolucion140.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

68 Ley No. 5099 De la gratuidad de aranceles y prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2013 Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4706/ley-n-5099-de-la-gratuidad-de-aranceles-de-las-prestaciones-de-salud-de-los-establecimientos-del-ministerio-de-salud-publica-y-bienestar-social> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

69 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Política Nacional de Salud 2015-2030*. 2015. Disponible en <https://www.mspps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/9753ad-POLITICA-NACIONAL-DESALUD.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

política, según establece el documento, es el de garantizar el acceso y la cobertura universal, haciéndole frente a los determinantes sociales, y particularmente al determinante de los servicios de salud que tienen el potencial de mejorar la inequidad sanitaria, a través del financiamiento público progresivo, el fortalecimiento de la estrategia de la atención primaria de salud, y el fortalecimiento de la Red Integrada e Integral de Servicios (RIIS)⁷⁰ para dar respuesta a la demanda poblacional.

Finalmente, en 2017, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social publicó la Política Nacional de Calidad en Salud 2017-2030,⁷¹ que tiene como objetivo “impulsar y contribuir a una atención sanitaria de excelencia centrada en las personas y sus necesidades, y en el marco de la Política Nacional de Salud 2015-2030.” En este documento se establecen seis ejes estratégicos:

- Rectoría y desarrollo institucional
- Cultura de la calidad orientada al desarrollo de buenas prácticas en la atención de salud
- Mejoramiento sistemático y permanente de la calidad de la atención en salud
- Seguridad del paciente
- Participación ciudadana en la vigilancia de la calidad de la atención en salud
- Desarrollo del marco operativo para propiciar la ejecución y la valuación de las acciones de la calidad en salud.

Aunque Paraguay continua sin ratificar el protocolo facultativo del CDESC, su marco jurídico y normatividad en materia de salud pública se encuentra —teóricamente y de manera general— en línea con el marco internacional de los derechos humanos, y se rige por los principales elementos de protección del derecho a la salud de la población, que reconoce: los determinantes sociales de la salud, y los principios de universalidad, integralidad, participación, no discriminación y equidad.

⁷⁰ La Red Integrada de Atención en Salud (RIIS), es un enfoque de gestión de servicios de salud que busca mejorar la coordinación y la eficiencia en la atención médica en todo el país. Este sistema se organiza en varios niveles de atención, desde el primer nivel en las Unidades de Salud Familiar (USF) hasta el cuarto nivel en hospitales especializados. La Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud tiene un papel central en la supervisión y coordinación de estas unidades de atención médica, asegurando que cumplan con sus funciones de manera estandarizada. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIIS-Paraguay*. Asunción. 2019. MSPBS-OPS/OMS.

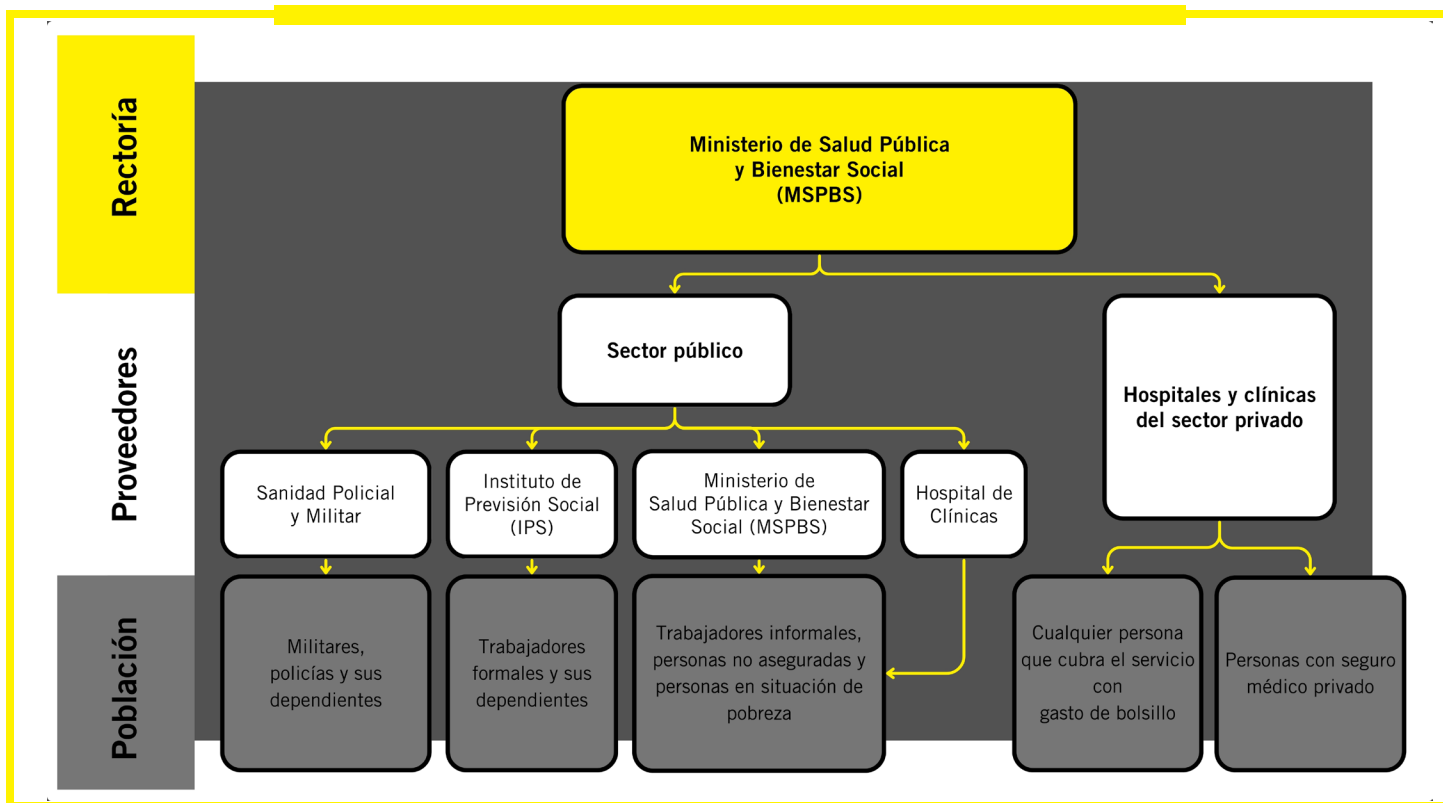
⁷¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Política Nacional de Calidad en Salud 2012-2030. 2017*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/30b849-CalidadenSalud.2017.pdf> (Consultado el 4 de febrero de 2024).

2. EL SISTEMA DE SALUD DE PARAGUAY

El Sistema Nacional de Salud del Paraguay (SNS) creado por Ley N.º 1032 en 1996 y reglamentado por Decreto N.º 21376,⁷² está integrado por varios subsectores que incluyen instituciones públicas, privadas y mixtas. El Estado es el eje rector, cuya función es integrar y regular cada subsector con el fin de prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente.

El subsector público, representado por el MSPBS, el Instituto de Previsión Social (IPS), la Universidad Nacional (Hospital de Clínicas), y las Sanidades Policial y Militar, contribuyen a una cobertura estimada del 94% de la población.⁷³

Un aspecto importante es que el sector público tiene diferentes instituciones públicas que cubren diferentes poblaciones. El sistema de salud está diseñado en función del régimen de bienestar social de Paraguay, que según la categorización clásica de Gosta Esping-Andersen tiene en su diseño elementos del tipo corporativo,⁷⁴ al proveer seguridad social (incluida la salud) en función del estatus laboral y del grupo al que una persona pertenece. En esta lógica, el sistema paraguayo segmenta a la población por estatus laboral a través de cuatro instituciones públicas más el sector privado. (Ver diagrama 1).



⁷² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto por el cual se establece la nueva organización funcional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 1998. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/porta/adjunto/e70e3b-2DECRETO21376ORGANIZACIONFUNCIONALDELMSPBS.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

⁷³ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos, Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

⁷⁴ Gosta Esping-Andersen. *Los tres mundos del Estado de bienestar*. 1990. Polity Press. España

En América Latina, este sistema se considera como régimen dual, donde existen, al mismo tiempo, mecanismos de seguridad social contributiva con políticas asistenciales, implementadas para resolver el problema de la segmentación en el acceso a la seguridad social, que incluyen el acceso a la salud.⁷⁵ En el caso paraguayo, la segmentación poblacional crea desigualdades sociales en salud, ya que la inversión, la garantía de acceso y la calidad de los servicios es diferente en ambos regímenes, en donde la gente con seguridad social obtiene mayores prestaciones que la no asegurada.

A continuación, se presenta un análisis de las principales características de las tres instituciones / sectores más importantes del SNS y las brechas de cobertura y servicios que tienen: el MSPBS, el IPS y el sector privado.

2.1 Roles y funciones

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) es el ente rector del sistema nacional de salud, que diseña y ejecuta la política nacional de salud pública, y es el principal proveedor de servicios de salud.⁷⁶ Preside el Consejo Nacional de Salud, que tiene como función articular “a las instituciones e instancias públicas y privadas para establecer sinergia con autoridades políticas, representantes de la sociedad civil, profesionales de la salud, la academia, las empresas, líderes comunitarios para obtener los mejores resultados de salud, administrando los recursos financieros con justicia y equidad y contribuyendo a la formulación de políticas locales y planes anuales basados en las necesidades de personas, familias y comunidades.”⁷⁷

Por otro lado, el IPS es un organismo autónomo de carácter público, con personalidad jurídica y patrimonio propios, que se rige por las leyes vigentes y los reglamentos que dicta la propia institución.⁷⁸

Otorga prestaciones de seguridad social a sus personas afiliadas que pueden ser trabajadoras independientes afiliadas o trabajadoras que estén registradas por sus personas empleadoras y aportan una contribución de su salario, y a sus familiares dependientes que cumplan con ciertos criterios económicos.⁷⁹ Para aquellas personas trabajadoras con prestación de seguro de salud, ofrece servicios en establecimientos propios y, en menor medida, en establecimientos contratados y/o con convenios con el MSPBS a través de acuerdos y convenios de cooperación en localidades específicas.⁸⁰

En el caso de la sanidad policial y militar es un sistema enfocado en la atención a miembros de dichos cuerpos de seguridad.⁸¹ Por último, el Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, organización que depende de la Universidad y que cuenta con los recursos del Presupuesto General de Gastos de la Nación, presta servicios parcialmente gratuitos, con un sistema de aranceles y exoneraciones basados en indicadores de pobreza familiar.⁸² Estos dos sistemas no se analizarán a profundidad en este análisis, toda vez que su cobertura y alcance limitado no refleja la situación general del acceso a la salud.

A diferencia del IPS, el MSPBS cumple con la función de cubrir a toda la población que por algún motivo no puede o no quiere acceder a algún seguro de salud público o privado.⁸³ Particularmente, es la única opción de personas trabajadoras independientes o asalariadas que tienen un grado de precarización laboral caracterizada por la falta de prestaciones laborales, así como para personas que no cuentan con algún trabajo ni con seguro médico.

Finalmente, el sector privado está constituido por instituciones con fines de lucro, como empresas aseguradoras de medicina prepagada, sanatorios, clínicas, institutos, laboratorios privados, otras entidades que prestan servicios de salud (como farmacias) y profesionales independientes. Adicionalmente, también se contemplan en este sector organizaciones sin fines de lucro (universidades privadas con sus hospitales y las ONG que prestan servicios).⁸⁴ Aunque

⁷⁵ Mario A. Navarro. *Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina*. Desacatos No. 21. Mayo-Agosto 2006. Ciudad de México.

⁷⁶ República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIISS-Paraguay*. Asunción (Paraguay). MSPBS- OPS/OMS. 2019.

⁷⁷ República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIISS-Paraguay*. Asunción (Paraguay). MSPBS- OPS/OMS. 2019.

⁷⁸ Ley N.º 375 Por el cual se aprueba el Decreto Ley N.º 1860 del 1 de diciembre de 1950, por el cual se modifica el Decreto Ley N.º 17071 de fecha de 18 de febrero de 1943 de creación del Instituto de Previsión Social. 1956. Disponible en <https://www.bacn.gov.py/archivos/2600/20150716105923.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

⁷⁹ Gobierno de Paraguay. *Requisitos para inscripción y desinscripción de beneficiarios*. Instituto de Previsión Social. Disponible en <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/noticia.php?cod=152> (Consultado el 30 de septiembre de 2023).

⁸⁰ IPS. *Aspectos generales del Seguro Social y del IPS*. Disponible en <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1526997462.pdf> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

⁸¹ OPS. *Perfil de los Sistemas de Salud: Paraguay*. Enero 2008. OPS/USAID. Washington, D.C.

⁸² Universidad Nacional de Asunción. *Hospital de Clínicas*. Universidad Nacional de Asunción / Facultad de Medicina. Disponible en <https://www.med.una.py/index.php/hospital-hc> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

⁸³ Otras instituciones que pueden atender a personas sin seguro médico son el Hospital de Clínicas y, en algunos casos, el Hospital Militar.

⁸⁴ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Guía para la Implementación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) en el Paraguay*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c03a70-GuiadelaRIISS.pdf> (Consultado el 29 de noviembre de 2023).

son instituciones independientes del Estado, están bajo la rectoría del MSPBS tanto para su habilitación, como para el cumplimiento, supervisión y sanción según las normativas en salud.

2.2. Cobertura y atención

De acuerdo con cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en la EPHC 2022, solo una de cada cinco personas en Paraguay (19.6%) tuvieron acceso a la salud por la seguridad social (IPS), mientras que más del 70% no contaba con ningún aseguramiento, por lo que tienen que ser atendidas por el MSPBS. Por otro lado, el 5.9% de la población pudo asegurarse a través de esquemas privados.⁸⁵

La cobertura de seguro médico (público y privado) es mayor en zonas urbanas que rurales. Mientras que una de cada cuatro personas tiene IPS en zonas urbanas, solo una de cada diez tiene esta cobertura en zonas rurales. El porcentaje de la población sin seguro en áreas rurales alcanzó el 86% en 2022.

Con los mismos cálculos de la EPHC 2022 se encuentra que, en materia de utilización de los servicios de salud, solo el 68% de la población que reportó haber tenido una enfermedad o accidente acudió con algún profesional de la salud. Dos terceras partes (66%) de las personas que no se atendieron por enfermedad reportan no haber ido por haberse automedicado y la otra tercera parte (28.4%) porque la dolencia no era grave.⁸⁶ La automedicación se puede deber a muchos factores, desde enfermedades no graves que pueden atenderse con medicamentos accesibles en farmacias hasta falta de recursos o tiempo para acudir a servicios médicos.

TABLA 1. COBERTURA DE SEGURO DE SALUD POR TIPO DE INSTITUCIÓN, 2022

	Nacional	Rural	Urbana
IPS	19.6%	10.1%	25.0%
Privado	5.9%	2.4%	8.0%
Otros públicos*	1.8%	1.4%	2.0%
Sin seguro	72.7%	86.1%	65.0%

* Se juntan dentro de "otros públicos" las categorías de sanidad militar, hospital de clínicas y sanidad policial juntos, debido a que el tamaño de muestra era muy pequeño para reducir el coeficiente de variación.

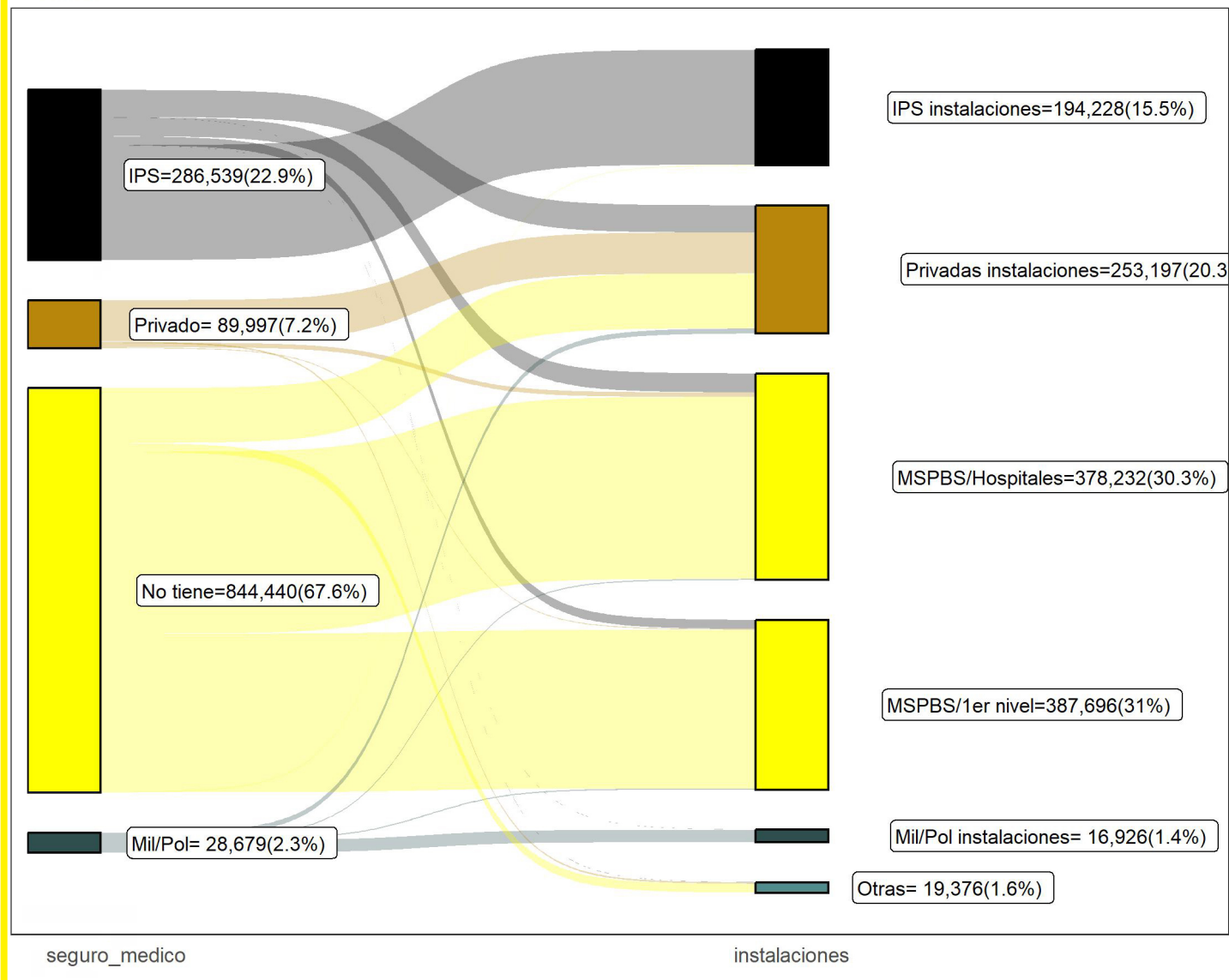
Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC 2022.

⁸⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*. <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

⁸⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*. <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

Gráfica 1. Asistencia a establecimientos por tipo de seguro médico

2022



De acuerdo con la EPHC 2022, de las personas que sufrieron un accidente o enfermedad y se atendieron con algún profesional de la salud, poco más de la mitad se atendió en el Ministerio de Salud (61.3%), un 20.2% en farmacias o clínicas privadas y solo el 15.5% en instalaciones de IPS, mientras que el 2.8% restante en sanidad policial u otras instalaciones.⁸⁷

Con información de la EPHC 2022,⁸⁸ la gráfica 1 muestra la población de 1.2 millones de personas paraguayas que acudieron a algún establecimiento de salud por enfermedad o accidente. Al realizar cálculos de dónde se atiende

la población de Paraguay, Amnistía Internacional encontró que los pacientes recurren a otros servicios que no necesariamente son los mismos que le otorgan cobertura. Existe un porcentaje significativo de beneficiarios del IPS que se atienden en el MSPBS o en el sector privado.

A pesar de pagar cuotas de su salario para cubrir su seguro médico, solo dos terceras partes (67.3%) de las personas afiliadas a IPS que utilizaron servicios de salud se atendieron en sus instalaciones. Un 17.7% se atendió en algún tipo de instalación del MSPBS (USF, centros de salud, hospitales regionales, etc.) y un 14.5% en instalaciones del

⁸⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*. <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

⁸⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*. <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

sector privado (farmacias, sanatorios u hospitales).⁸⁹

La mayoría de las personas sin seguro se atienden mayoritariamente en hospitales o instalaciones de primer nivel del MSPBS, aunque un 15% de ellas acude al sector privado.⁹⁰ El hecho de que la mayoría de las personas que se atienden en el sector privado no sean aquellos con seguro privado (76,000) sino personas con IPS (41,000) o sin seguro (128,000) muestra las barreras que encuentra la población que podría utilizar los servicios públicos para atenderse y no lo hace, barreras que se mostrarán con más detalle en los siguientes capítulos.

Así, Amnistía Internacional considera que, al comparar la información sobre el tipo de aseguramiento de los pacientes con las instalaciones a las que iban, se encuentra un uso mayor de los servicios del MSPBS incluso dentro de las personas trabajadoras aseguradas, lo que sugiere potenciales áreas de mejora en materia de integración de los diversos sistemas de salud.

Caja 1. Estrategia de atención primaria de salud

En la última década, los ejes estratégicos de los sistemas sanitarios en general y de Paraguay en particular, se definen con enfoque de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud (APS). El Estado ha determinado que la APS debe constituirse en el eje vertebrador del sistema, ya que, por su territorialización, debería representar el contacto más cercano de las personas con el sistema de salud. Además, desempeña un papel crucial en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. La promoción de la salud implica abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud de las personas. La APS proporciona una plataforma para llevar a cabo acciones de promoción de la salud a nivel comunitario, como educación sanitaria, acceso a servicios básicos y participación comunitaria. A través de la prevención de enfermedades, la APS puede reducir la carga de enfermedades evitables y promover modos colectivos y estilos de vida saludables.⁹¹

De acuerdo con el MSPBS, la APS se basa en un enfoque integral de la atención, abordando las necesidades de sa-

lud de las personas a lo largo de su vida. Estos servicios abarcan la prevención, diagnóstico temprano, el tratamiento y la rehabilitación. La APS se enfoca en la atención continua, coordinada y accesible, lo que permite una mejor gestión de las enfermedades crónicas, la atención de las poblaciones vulnerables y el manejo de problemas de salud comunes.⁹²

Al estar arraigada en la comunidad y su participación, la APS aborda las desigualdades en el acceso a la atención al brindar servicios de salud de calidad a todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica, estatus socioeconómico o grupo de población.

El cambio fundamental que supuso la estrategia de APS se fundamenta en la participación comunitaria, ya que permite a las comunidades influir en la toma de decisiones relacionadas con su salud familiar y comunitaria, y abogar por servicios de salud equitativos.⁹³

En el 2008 el MSPBS cambió la lógica de atención por niveles, a la de RIIS. Así se aprobó la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), cuyo objetivo inicial fue llegar a 1,300 Unidades de Salud Familiar (USF) y 125 políclínicas de especialidades, para garantizar la atención en territorios sociales, con una cobertura poblacional de entre 2,500 y 5,000 habitantes. Entre 2008 y 2012 se crearon 704 USF. De 2013 a 2022, hubo una desaceleración y precarización de esta estrategia y solo se crearon 200 USF adicionales.⁹⁴ Actualmente, solo el 35% de la población tiene cobertura por las USF.

En cuanto a los profesionales de la salud, el MSPBS estima que solo el 9.17% de la fuerza laboral sanitaria está integrada a la Atención Primaria de Salud. Un área por mejorar es que no se ha alcanzó la meta de que al menos 70% de los profesionales de Atención Primaria reciban capacitación sostenida con enfoque intercultural. Finalmente, cerca del 50% de la fuerza laboral en el sector de atención primaria proviene de sus propias comunidades.⁹⁵

⁸⁹ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*. (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

⁹⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*. <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

⁹¹ Ministerio de Salud Pública y Protección Social. *Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia*. 2016. Ministerio de Salud Pública y Protección Social. Asunción.

⁹² Ministerio de Salud Pública y Protección Social. *Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia*. 2016. Ministerio de Salud Pública y Protección Social. Asunción.

⁹³ Ministerio de Salud Pública y Protección Social. *Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia*. 2016. Ministerio de Salud Pública y Protección Social. Asunción.

⁹⁴ Mariluz Martín Martínez, *Un país que vive en emergencia y una reforma de los años 90*, en *Derechos Humanos en Paraguay, 2020*. Asunción. Codehupy, pp.155-174

⁹⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIIS-Paraguay*. Asunción (Paraguay). MSPBS- OPS/OMS. 2019.

TABLA 2. GASTO CORRIENTE EN SALUD Y GASTO CORRIENTE POR POBLACIÓN POTENCIAL POR ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO, 2021

Institución	Gasto corriente en salud (USD)	Población potencial (personas)	Gasto por persona según población potencial (USD)
MSPBS	USD 1,268,230,995	5,384,434	USD 236
IPS	USD 539,733,689	1,448,931	USD 372

Nota: Por población potencial se calcula para el IPS el número total de cotizantes y beneficiarios del esquema general y especial, y para el MSPBS la población de la EPHC 2021 que reporta no tener seguro médico.

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC, la Cuenta de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el informe de Gestión Anual 2021.

2.3 Brechas de atención y financiamiento entre sistemas

Además de la atención en clínicas y hospitales del IPS, aquellas personas cubiertas cuentan con prestaciones inexistentes para las personas no aseguradas, como subsidio por accidentes, subsidio por licencia médica por enfermedad, suministro de medicamentos y prótesis.⁹⁶

De acuerdo con el Banco Mundial, existe una excesiva concentración de recursos en materia de salud en la capital de Paraguay y en sus zonas urbanas. De 2017 a 2020, las consultas promedio por paciente en el IPS fueron consistentemente más altas que para el MSPBS en todos los departamentos excepto Alto Paraguay y Cordillera. Adicionalmente, en 2019 el Banco Mundial calculó el gasto por persona sin seguro en salud por parte del MSPBS en USD 142 en comparación con USD 403 por beneficiario para IPS,⁹⁷ casi tres veces más. Con datos actualizados para 2021 y cálculos propios de Amnistía Internacional,⁹⁸ se

⁹⁶ Pablo Casali, Oscar Cetrángolo y Ariela Goldschmit. *Paraguay: Protección Social en Salud: reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*. 2017. Organización Internacional del Trabajo. Disponible en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/publication/wcms_566978.pdf (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

⁹⁷ Banco Mundial. *Hacia un sistema de salud más efectivo, eficiente y equitativo. Diálogos de Políticas Públicas: Paraguay 2023*. 2023. Washington DC. Disponible en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099614509262319953/pdf/IDU0b653fa210545c044d5083450b2bb0f0ed2b0.pdf> (Consultado el 21 de noviembre de 2023).

⁹⁸ Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los datos de 1) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Cuentas de Salud 2021*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/6fdff8-TripticoCuentasdeSalud2021.pdf> (Consultado el 29 de noviembre de 2023) y 2) Instituto de Previsión Social. Informe de Gestión Anual 2021. Disponible en <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1645803593.pdf> (Consultado el 29 de noviembre de 2023) y 3) Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

TABLA 3. SERVICIOS MÉDICOS POR POBLACIÓN DE ACUERDO CON ACCESO PÚBLICO A LA SALUD

	MSPBS	IPS
Consultas médicas (2022)	12,037,198	3,575,316
Camas (2021)	7,568	3,751
Consultas por persona de población potencial (2022)	2.2	2.5
Camas por cada 10,000 personas de población potencial (2021)	14.1	25.9

Nota: Por población potencial se calcula para el IPS el número total de cotizantes y beneficiarios del esquema general y especial, y para el MSPBS la población de la EPHC 2021 que reporta no tener seguro médico.

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC, y los informes de Gestión Anuales 2021 y 2022 del IPS y del MSPBS.

encuentra que el gasto corriente por persona sin seguro de salud del MSPBS fue de USD 236 mientras que el gasto por beneficiario del IPS fue de USD 372 (ver tabla 2).

Esto significa que, aunque el gasto en salud per cápita ha aumentado y al mismo tiempo la brecha de inversión entre el IPS y el MSPBS se ha cerrado, con los últimos datos disponibles, el gasto per cápita en salud de aquellas personas que tienen acceso al IPS sigue siendo 1.5 veces más que aquellas personas sin seguro de salud. Esto sin considerar que, de hecho, el gasto real por persona para el MSPBS podría ser más bajo, ya que recibe a cualquier persona, incluida a quien tiene un seguro médico.

Parte de la diferencia en el gasto en salud entre sectores e instituciones son los diferentes esquemas de financiamiento. El gasto en salud por parte del MSPBS se financia

principalmente de impuestos, ya sea por impuestos generales o participaciones de impuestos específicos, además de crédito de instituciones internacionales.⁹⁹

En contraste, el principal recurso financiero del IPS son las contribuciones que obligatoria y mensualmente deben pagar las personas trabajadoras afiliadas, las personas empleadoras y las aportaciones por jubilación. Además de las contribuciones obrero-patronales, el IPS tiene ingresos por otras fuentes, como aportaciones del Estado, cuotas mensuales de personas trabajadoras independientes, legados y donaciones, rentas de inversiones financieras e inmobiliarias que realiza el IPS, ingresos por multas y recargos por mora, e ingresos por atenciones médicas de emergencia prestadas a personas no aseguradas.¹⁰⁰

Es necesario aclarar que los proveedores de servicios pri-

⁹⁹ Los detalles sobre la estructura de financiamiento se presentan en el capítulo 4 y 5 de este informe.

¹⁰⁰ Instituto de Previsión Social. *Administración de Recursos*. Disponible en <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/contenido.php?sm=44#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20se%20distribuyen%20los%20recursos,ingresos%20especificados%20en%20las%20leyes> (Consultado el 23 de agosto de 2023)

vados no funcionan ni se financian, como en otros países, por cuotas o aportaciones siendo proveedores del sistema público, sino que se realizan vía pago directo de las personas usuarias, a través de seguros privados, gasto de bolsillo de las personas, o prestación de servicio proveniente de donaciones. En algunos casos puntuales, existen transferencias del Gobierno por prestación de ciertos servicios,¹⁰¹ situación que será abordada en el Capítulo 5.

Para Amnistía Internacional, el tener esquemas segmentados en la provisión y fuentes de financiamiento de los servicios de salud refleja la inequidad e ineficiencia en materia de utilización de infraestructura, ya que —como se muestra en la gráfica 1 y la tabla 2— las personas afiliadas al IPS reciben implícitamente un subsidio por parte del MSPBS¹⁰² aun teniendo niveles de gasto superiores a los del MSPBS.

Estas brechas de gasto se traducen también en el tipo de prestación de servicio. De acuerdo con cálculos propios de Amnistía Internacional con la EPHC 2021 y 2022 y los informes de Gestión Anuales del IPS y el MSPBS, el IPS reporta ligeramente más consultas por beneficiario que las consultas por persona sin seguro del MSPBS, mientras que el número de camas total de IPS por cada 10,000 beneficiarios con IPS es 1.8 veces mayor que las camas totales del MSPBS por cada 10,000 personas sin seguro (ver tabla 3).

A pesar de las brechas persistentes, el MSPBS incrementó su capacidad a través de una estrategia de atención primaria a la salud, y proveyó servicios en 2022 a través de 902 unidades de salud de la familia, 377 puestos de salud a ser reconvertidos gradualmente, 87 centros de salud, 17 centros de Atención de Especialidades (CAES), 19 hospitales especializados de referencia nacional, 17 hospitales regionales, 41 hospitales distritales, siete hospitales materno-infantiles, 20 dispensarios¹⁰³ y un total de 7,568 camas.”¹⁰⁴

Se organiza en redes de servicios (estrategia RIIS) que tienen como objetivo integrar los diferentes proveedores de salud, a partir de la estrategia de APS, e incluye fundamentalmente, unidades de salud familiar (USF), institutos, hospitales distritales, hospitales generales y especializados.¹⁰⁵

Adicionalmente, el IPS otorga servicios de salud con 120 establecimientos sanitarios en 2022, 3,564 camas distribuidas en centros, clínicas periféricas y unidades sanitarias para la atención de la salud de sus cotizantes.¹⁰⁶

Como se muestra en la gráfica 1, casi 250,000 personas asistieron a instalaciones del sector privado entre personas con seguro privado, pertenecientes a IPS o incluso sin seguro médico. Este sector ofrece servicios a través de seguros individuales, medicina prepagada, hospitales, clínicas, centros e institutos, consultorios, laboratorios, servicios de emergencias y farmacias. De acuerdo con el listado de entidades prestadoras de servicio de salud de la Superintendencia en Salud, a diciembre de 2022 existían 104 instituciones registradas.¹⁰⁷

En conclusión, el sistema de salud pública en Paraguay es segmentado, tiene brechas de desigualdad en inversión y atención, está determinado por el estatus laboral y la capacidad adquisitiva de los hogares y lleva a algunos hogares a optar por atenderse en el sector privado incluso teniendo acceso (en teoría) a servicios públicos. El siguiente capítulo explora en profundidad las brechas de todo el sistema de salud y entre sistemas, y hace hincapié en el MSPBS y en IPS —por ser el que más personas atiende— y en cómo la desigualdad en el acceso a los determinantes sociales de la salud y las dimensiones del derecho a la salud influyen en que millones de personas no tengan un acceso efectivo a este derecho humano.

¹⁰¹ Julia Mancuello, María Cabral, “Sistema de Salud en Paraguay”. Revista Salud Pública Paraguay Vol. 1(1). 2011. Págs. 13-25.

¹⁰² Banco Mundial. *Hacia un sistema de salud más efectivo, eficiente y equitativo. Diálogos de Políticas Públicas: Paraguay 2023*. 2023. Washington DC. Disponible en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099614509262319953/pdf/IDU0b653fa210545c044d5083450b2bb0f0ed2b0.pdf> (Consultado el 21 de noviembre de 2023).

¹⁰³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Balance Anual de la Gestión Pública 2022*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/bagp-2022.html> (Consultado el 1 de diciembre de 2023).

¹⁰⁴ Informe del número de camas disponibles 2021. Informe emitido por la DIGIES, solicitud a través de la página de derecho a la información pública. Disponible en: https://informacionpublica.paraguay.gov.py/portal/#/buscar_informacion#busqueda

¹⁰⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIIS-Paraguay*. Asunción (Paraguay). MSPBS- OPS/OMS. 2019: 136.

¹⁰⁶ Instituto de Previsión Social. *Balance Anual de la Gestión Pública 2022*. Disponible en <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1676912535.pdf> (Consultado el 1 de diciembre de 2023).

¹⁰⁷ Consejo Nacional de Salud. Superintendencia de Salud. Listado de entidades prestadoras de servicios de salud categorizadas vigentes. Disponible en https://www.suposalud.gov.py/application/files/2816/7327/7815/LISTADO_DE_CATEGORIZACIONES- DICIEMBRE-2022.xlsx.pdf (Consultado el 23 de agosto de 2023).

3. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES Y LAS DIMENSIONES DEL DERECHO A LA SALUD EN PARAGUAY

3.1. Brechas en acceso a determinantes sociales de la salud

Como se mencionó en el capítulo 1, de acuerdo con la Observación General N.º 14, algunos de los determinantes de la salud son el acceso a agua limpia potable, las condiciones sanitarias, el suministro de alimentos sanos, la nutrición y la vivienda adecuadas, y el acceso a la información sobre salud, entre otros.¹⁰⁸

Se presentan las brechas de estos determinantes en Paraguay para la población general y por grupos sociodemográficos —en particular entre quienes tienen seguro o no de salud cuando existe información disponible—, que contrasta también en qué medida existen disparidades y brechas de acceso que repercuten no solo en el acceso a servicios sino en el estado general de salud de la población. Se encuentra que las personas sin seguro en materia de salud también suelen tener peores condiciones en sus determinantes sociales que los ponen en un mayor riesgo en su salud.

Para fines del presente informe, se analizarán los siguientes determinantes sociales:

1. La alimentación, utilizando la definición de inseguridad alimentaria establecida por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
2. El acceso a agua potable no solo en términos de infraestructura instalada sino disponibilidad en todo momento.
3. La infraestructura dentro de la vivienda para cocinar, ya que esto repercute en el estado de salud.
4. La infraestructura dentro de la vivienda en materia de saneamiento.
5. El estatus laboral y el acceso a la seguridad social contributiva

3.1.1. Nutrición y preparación de alimentos

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, “los sistemas alimenta-

¹⁰⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 4.

rios determinan las dietas de las personas y sus resultados en materia de salud y nutrición y su bienestar general”.¹⁰⁹

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), una persona tiene inseguridad alimentaria cuando enfrentan un alto grado de incertidumbre para obtener sus alimentos, lo cual ha llevado a consumir menos alimentos o alimentos de menor calidad para poder satisfacer sus necesidades alimentarias.¹¹⁰ De acuerdo con un estudio de la FAO, en 2021 más de la cuarta parte de la población en Paraguay (26.2%) tenía inseguridad alimentaria. En la misma línea, el 5.6% de la población se encuentra en inseguridad alimentaria grave, es decir, que se queda uno o varios días sin comer alimentos. Analizando por grupos sociales, existía una prevalencia de inseguridad alimentaria mayor 1) en mujeres (29%) comparadas con hombres (22.2%); 2) en hogares con menores de seis años (28%) en comparación con hogares sin ellos (22.8%), y 3) casi la mitad de la población en situación de pobreza (48.8%) se encuentra en esta situación, frente a 18.7%¹¹¹ de la población que no se encuentra en situación de pobreza.¹¹²

Al comparar la prevalencia de inseguridad alimentaria por ámbito urbano y rural, se encontró que casi un tercio de las personas (30.7%) que viven en comunidades rurales se encontraban en inseguridad alimentaria y que el 6.4% de ellas tenía inseguridad alimentaria grave, lo cual contrasta con las prevalencias de la población que vive en áreas urbanas —23.4% y 5.1%, respectivamente.¹¹³

Por otro lado, la FAO considera que una persona está subalimentada cuando una persona no puede satisfacer sus necesidades alimentarias y calóricas.¹¹⁴ En Paraguay, alrededor de 840,000 personas están subalimentadas, ya sea por cantidad necesaria de alimentos o falta de nutrientes,

y hay 2 millones de personas en riesgo de encontrarse en la misma situación.¹¹⁵

La alta prevalencia de inseguridad alimentaria en los hogares con menores de cinco años en comparación a otros hogares tiene efectos de largo plazo en la calidad de vida debido a la desnutrición crónica que genera afectaciones permanentes en el desarrollo cognitivo, mayor prevalencia de morbilidades, mayor mortalidad por enfermedades infecciosas y menores niveles de escolaridad.¹¹⁶

Como respuesta a esta problemática, el MSPBS cuenta con el Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI), que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de la población paraguaya a través de la prevención, asistencia y control de la desnutrición. Atiende a menores de cinco años y mujeres embarazadas con desnutrición o vulnerabilidad nutricional que acuden a servicios de salud.¹¹⁷

Los resultados en materia nutricional son mixtos. De 2016 a 2020 la mortalidad en menores de cinco años se redujo de 21.43 a 18.7 por cada 1,000 personas nacidas vivas, aunque dicha prevalencia coloca a Paraguay en el lugar 9 de 39 países de la región de América Latina y el Caribe que reportan datos a 2020. Adicionalmente, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, de 2018 a 2022 la desnutrición crónica en menores de cinco años ha aumentado a nivel nacional, de 11.4% a 13%.¹¹⁸

Son necesarias medidas adicionales para cerrar estas brechas, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 24 de la Convención de los Derechos del Niño, donde se establece que los Estados Parte se esforzarán por combatir la malnutrición mediante el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre.¹¹⁹

¹⁰⁹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, *El Derecho a la Alimentación Adecuada en Paraguay*, 2020, Asunción, Paraguay. <https://www.fao.org/3/ca9963es/CA9963ES.pdf>

¹¹⁰ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, *Hambre e Inseguridad Alimentaria*, Disponible en <https://www.fao.org/hunger/es/> (Consultado el 2 de enero de 2024).

¹¹¹ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura- Instituto Nacional de Estadística de Paraguay (INE), *Aplicación de la Escala de Seguridad Alimentaria (FIES) en Paraguay*, mayo 2022, https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/bOf5_Inseguridad%20Alimentaria%20FIES_DEH_INE.pdf

¹¹² De acuerdo con el INE, “La población en situación de pobreza monetaria total es aquel conjunto de personas residentes en hogares cuyo nivel de ingresos es inferior al costo de una Canasta Básica de Consumo constituida por el conjunto de bienes y servicios que satisfacen ciertos requerimientos mínimos, tanto alimentarios como no alimentarios.” Disponible en <https://www.ine.gov.py/noticias/1549/pobreza-total-se-situa-en-247-en-el-ano-2022#:~:text=Pobreza%20total%20se%20situ%C3%B3%20en%2024%2C7%25%20en%20el%20a%C3%B1o%202022&text=La%20pobreza%20monetaria%20total%2C%20que,incidencia%20del%2024%2C7%25>. (Consultado el 8 de febrero de 2024)

¹¹³ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura- Instituto Nacional de Estadística de Paraguay (INE), *Aplicación de la Escala de Seguridad Alimentaria (FIES) en Paraguay*, mayo 2022. https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/bOf5_Inseguridad%20Alimentaria%20FIES_DEH_INE.pdf

¹¹⁴ Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. *Hambre e inseguridad alimentaria*. FAO. Disponible en <https://www.fao.org/hunger/es/> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

¹¹⁵ Montiel, S. (2021). *Camino al 2023: sin alimentos y sin esperanzas*. En Codehupy (Ed.), *Derechos Humanos en Paraguay 2021* (195-210). Asunción, Paraguay.

¹¹⁶ Naciones Unidas. *Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe*, 2 de abril de 2018, <https://www.cepal.org/es/enfoques/malnutricion-ninos-ninas-america-latina-ca-ribe#:~:text=En%20el%20caso%20de%20la%20malnutrici%C3%B3n%20por%20exceso%2C%20el%20sobrepeso,2%20y%20alta%20presi%C3%B3n%20arterial>

¹¹⁷ Ministerio de Salud Públicas y Bienestar Social. *Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI)*. Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición. Disponible en <https://www.inan.gov.py/site/?p=7682#:~:text=El%20PROGRAMA%20ALIMENTARIO%20NUTRICIONAL%20INTEGRAL,de%20la%20prevenci%C3%B3n%2C%20asistencia%20y> (Consultado el 21 de noviembre de 2023).

¹¹⁸ Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición / Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Mapas de situación nutricional 2022 y 2018*. Disponibles en <https://docs.google.com/presentation/d/1DB9EIPxPR-xZkv3fETniV1I4-YdM5TQ/edit#slide=id.p1> y <https://drive.google.com/file/d/1u2VY4N1ZoxQmxIRN5gF6Z-IUBE9iPGU/view> (Consultado el 21 de noviembre de 2023).

¹¹⁹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Convención Sobre los Derechos del Niño*, Artículo 24, inciso c)

Además del consumo de alimentos, la preparación de éstos y la manera en que los hogares cocinan tiene efectos en el estado de salud. En Paraguay, una de cada cinco personas (20.5%) vive en hogares donde se cocina con leña.¹²⁰ De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en 2016, la falta de instalaciones libres de humo para cocinar genera muertes prematuras de alrededor de 2.6 millones de personas a nivel global y ha catalogado a Paraguay como uno de los países con las peores prácticas al tener un alto porcentaje de viviendas con uso de leña para cocinar, particularmente en localidades rurales y periurbanas.¹²¹

3.1.2. Condiciones de agua y saneamiento en la vivienda afectan acceso a la salud

De acuerdo con la Observación General N.º 15 sobre el derecho al agua “el derecho al agua también está indisolublemente asociado al derecho al más alto nivel posible de salud”¹²² y “los elementos del derecho al agua deben ser adecuados a la dignidad, la vida y la salud humanas”¹²³ de acuerdo con los criterios de disponibilidad y calidad, que incluyen el abastecimiento continuo, el saneamiento y la ausencia de elementos que puedan constituir una amenaza para la salud.¹²⁴

La falta de infraestructura dentro de la vivienda, aunado al incremento en los costos por la sobreexplotación tienen como resultado afectaciones en el estado de salud de la población. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la falta de acceso adecuado a los servicios de agua, saneamiento e higiene tiene un efecto importante en la prevalencia de malnutrición, enfermedades infecciosas, diarrea, y mortalidad en menores de cinco años.¹²⁵

De acuerdo con los cálculos de Amnistía Internacional utilizando la EPHC, en 2022, en Paraguay el 15.2% de las personas no tenía provisión de agua potable las 24 horas del día en sus hogares y casi un tercio de ellas (34.7%)¹²⁶ no contaba con acceso a un desagüe adecuado.¹²⁷

De igual forma, la calidad del agua se ha venido degradando en un contexto de sobreexplotación de ríos y acuíferos, lo cual se ha traducido en altos niveles de contaminación de cauces hídricos y, de acuerdo con el Plan Nacional de Agua Potable y Saneamiento 2018, los costos anuales asociados al tratamiento de enfermedades de origen hídrico, compra y/o purificación domiciliaria del agua, entre otros, representan el 1.6% del PIB.¹²⁸

Las brechas en las viviendas de los hogares en materia de los determinantes sociales antes mencionados son mayores para la población no asegurada en comparación con la población que cuenta con IPS (ver tabla 4). Con esta evidencia, Amnistía Internacional concluye que la población sin seguro de salud no solo tiene menores niveles de atención en comparación con el IPS, sino que tiene menor acceso a infraestructura básica de determinantes clave para el derecho a la salud.

3.1.3. Estatus laboral y acceso a la seguridad social

La Observación General N.º 19 sobre el Derecho a la seguridad social del Comité DESC señala dentro de las prestaciones sociales que los Estados deben brindar una protección contra “gastos excesivos de atención de salud”: “Los Estados parte tienen la obligación de garantizar que se establezcan sistemas de salud que prevean un acceso adecuado de todas las personas a los servicios de salud.”¹²⁹

Por otro lado, con respecto a la “economía no estructurada”—dentro de la cual se encuentra el sector en situación de informalidad— la Observación General N.º 19 establece que los Estados parte deben “adoptar medidas, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para que la cobertura de los sistemas de seguridad social se extienda a las personas que trabajan en la economía no estructurada (...) El Comité observa que en algunos Estados parte con importantes sectores de economía no estructurada se han adoptado programas que atienden las necesidades del sec-

¹²⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente

¹²¹ Banco Interamericano de Desarrollo (BID), *Energía para cocinar en América Latina y el Caribe: los desafíos de Paraguay*, julio 23 2019, <https://blogs.iadb.org/energia/es/energia-para-cocinar-en-america-latina-y-el-caribe-desafios-de-paraguay/>

¹²² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 15: El derecho al agua* (párrafo 3). Disponible en <https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-15-derecho-al-agua-articulos-11-y-12-del-pacto-internacional> (Consultado el 21 de noviembre de 2023).

¹²³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 15: El derecho al agua* (párrafo 11). Disponible en <https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-15-derecho-al-agua-articulos-11-y-12-del-pacto-internacional> (Consultado el 21 de noviembre de 2023).

¹²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 15: El derecho al agua* (párrafo 12). Disponible en <https://www.escr-net.org/es/recursos/observacion-general-no-15-derecho-al-agua-articulos-11-y-12-del-pacto-internacional> (Consultado el 21 de noviembre de 2023).

¹²⁵ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Agua y Saneamiento*, <https://www.paho.org/es/temas/agua-saneamiento> (Consultado el 20 de marzo de 2023)

¹²⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, “Datos Abiertos”, Encuesta Permanente de Hogares, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente

¹²⁷ Se considera desagüe inadecuado a aquellas personas que en la EPHC declararon tener como tipo de desagüe pozo ciego sin cámara séptica, hoyo o zanja en superficie abierta o letrina común.

¹²⁸ Banco Interamericano de Desarrollo. Estrategia del Grupo BID con el país 2019-2023. Disponible en <https://www.iadb.org/es/paises/paraguay/estrategia-y-representacion>. Marzo 2019. Washington.

¹²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 19: El derecho a la seguridad social*. Disponible en <https://www.catalogo-derechoshumanos.com/observacion-general-19-pidesc/> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

TABLA 4. DIFERENCIAS EN INDICADORES DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE Y COCINA ENTRE POBLACIÓN SIN SEGURO MÉDICO Y CON IPS, 2022

	Total de la población	Sin seguro médico	IPS
% de Personas sin provisión de agua las 24 horas	9.6%	10.7%	9.2%
% de personas sin desagüe adecuado	31.4%	37.5%	17.7%
% de personas en viviendas donde cocinan con leña	18.6%	23.9%	4.9%

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC 2022.

tor no estructurado, por ejemplo proporcionando planes de pensiones y de salud universales que incluyan a todas las personas.”¹³⁰

La tabla 5 muestra que existe una asociación directa entre acceso a seguro médico, estatus laboral e ingresos. Para Amnistía Internacional, el efecto que tienen los gastos catastróficos por emergencias médicas puede afectar el ingreso de los hogares sin acceso a la seguridad social y por ende más vulnerables, lo que puede tener efectos negativos en los niveles de bienestar y ahorros de largo plazo e incluso hacer que los hogares caigan en situación de pobreza.

Como se mencionó en el capítulo 2, el modelo de seguridad social en Paraguay está altamente segmentado. El mercado

laboral paraguayo está segmentado entre trabajadores formales e informales. Se considera un “trabajador informal” a personas que trabajan de manera independiente y que no están inscritas en el Registro Único de Contribuyentes, y también a trabajadores dependientes que no aportan a un sistema de jubilación y pensión.¹³¹ Esto implica que dicha población no tiene un contrato escrito con un empleador, tienen una situación irregular, no paga algunos impuestos directos, y por ende la gran mayoría no contribuye a la seguridad social, ya sea por una relación mutualista o por cuotas de trabajadores independientes, al no estar registrada ante autoridades fiscales.

¹³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 19: El derecho a la seguridad social*. Disponible en <https://www.catalogo-derechoshumanos.com/observacion-general-19-pidesc/> (Consultado el 18 de octubre de 2023).

¹³¹ Instituto Nacional de Estadística de Paraguay. *La ocupación informal se ubicó en 63% en el año 2022*. 13 de junio de 2023. Disponible en <https://www.ine.gov.py/news/news-tenido.php?cod-news=1632> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

TABLA 5. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE SEGURO MÉDICO ENTRE POBLACIÓN TRABAJADORA FORMAL E INFORMAL, 2022

	Personas trabajadoras formales	Personas trabajadoras informales
IPS	62%	5.3%
Privado	10.8%	5.6%
Otros seguros públicos	3.8%	0.8%
Sin seguro	23.3%	88.2%

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC 2022.

De acuerdo con estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en la EPHC, en 2022 casi dos de cada tres personas trabajadoras (63%) podría considerarse como trabajador informal,¹³² lo cual equivale en términos absolutos a 1.8 millones de personas. Este porcentaje es más alto para las mujeres, donde el 65.3% se encontraba en situación de informalidad laboral.

En materia de acceso a la salud, el 88% de las personas trabajadoras informales no tienen acceso a un seguro de salud —y por tanto, tendrían que acudir al MSPBS—, el 5% tiene seguro privado, y 5% tiene IPS— probablemente mediante un esquema no contributivo o a través de otro empleo. En contraste, el 62% de las personas trabajadoras formales tienen IPS y el 10% tiene seguro privado, aunque

casi una cuarta parte (23%) no tiene tampoco acceso a seguro médico (ver tabla 5).¹³³

Mientras que casi la mitad de las personas trabajadoras formales (47%) se encuentra en el 20% más rico de la población, solo el 1% de ellas se encuentra en el 20% más pobre. En contraste, solo el 20% de las personas trabajadoras informales se encuentran en el 20% más rico, mientras que el 12% de ellas se encuentra en el 20% más pobre.¹³⁴ Esto implica que los hogares más pobres tienen poco acceso a la seguridad social, por lo que corren más riesgo de incurrir en gastos catastróficos que afecten sus niveles de bienestar.

¹³² Dichas cifras no toman en cuenta el sector agropecuario.

¹³³ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

¹³⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

3.2. Dimensiones del derecho a la salud

De acuerdo con la Observación General N.º 14, la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la salud son elementos esenciales e interrelacionados. Su análisis dependerá del nivel de desarrollo y contexto específico del Estado. El análisis que se presenta a continuación retoma los resultados de información cualitativa sobre la percepción y experiencias vividas por las personas que utilizan los servicios de salud —en su mayoría personas que se atienden en el MSPBS—. Los resultados de encuestas de hogares, registros administrativos, y estudios previos en la materia.

3.2.1. Disponibilidad

En materia de disponibilidad, la Observación General N.º 14 señala que se deben de contar con el número de establecimientos, bienes y servicios, centros y programas, y que sus características dependerán del nivel de desarrollo de los Estados parte.¹³⁵ Adicionalmente, La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que, en casos de urgencia médica, los Estados deben de garantizar estándares mínimos y que en el caso de disponibilidad “se debe de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud, así como de programas integrales de salud. La coordinación entre establecimientos del sistema resulta relevante para cubrir de manera integrada las necesidades básicas de la población.”¹³⁶

Para analizar la dimensión de disponibilidad del derecho a la salud en un determinado contexto, Amnistía Internacional realizó un análisis tomando en cuenta la información del MSPBS, IPS y de la OMS en materia de provisión de camas, la cobertura de clínicas y hospitales, el personal de la salud, el equipamiento e infraestructura y la distribución de los anteriores a nivel territorial y considerando la población potencial que utilizaría dichos servicios.

La gráfica 2 muestra el número de camas de hospital por cada 10,000 habitantes reportados por la Organización Mundial para la Salud (OMS)¹³⁷ para países con niveles de desarrollo similares a Paraguay que según el índice de Desarrollo Humano (IDH)¹³⁸ este tenía, previo a la pandemia. Se encuentra que Paraguay tenía el nivel de camas de hospital más bajo del grupo de referencia para los últimos años disponibles. Incluso actualizando el indicador para Paraguay a 2021, un hallazgo de Amnistía Internacional es que, incluso entre países similares comparativamente en materia de desarrollo humano, Paraguay se encuentra profundamente rezagado en materia de infraestructura de salud. El número de camas por cada 10,000 habitantes de 2020 a 2021 creció ligeramente de 9.2 a 10.4;¹³⁹ no obstante, no se muestra ninguna mejora sustantiva en comparación con otros países con un nivel de desarrollo similar incluidos algunos de la región.

A nivel regional, se observa una alta desigualdad entre la infraestructura en materia de salud. Con la última información disponible sobre camas en establecimientos de salud para regiones sanitarias del Ministerio de Salud para 2021¹⁴⁰ y la población por departamentos para el mismo año del Instituto Nacional de Estadística,¹⁴¹ Amnistía Internacional calculó el indicador de camas de hospital por cada 10,000 habitantes. La organización pudo constatar que existe una gran desigualdad entre regiones en la disponibilidad de camas (ver gráfica 3). Mientras que el departamento de Alto Paraguay¹⁴² y la capital Asunción tenían más de 25 camas por cada 10,000 habitantes, otros como Caaguazú, Canindeyú y San Pedro contaban con siete o menos.

Para poner en contexto la magnitud de la desigualdad regional, esto quiere decir que en Paraguay existen departamentos con niveles de disponibilidad de camas similares a países como Brasil, Panamá o Uruguay —que tienen niveles mayores de ingreso e índices de desarrollo humano mayores— y otros con niveles de disponibilidad de camas similares a países de ingresos y desarrollo humano catalogados por el PNUD como bajo como Sierra Leona, Guatemala, Senegal o Afganistán.

Esta falta de disponibilidad a nivel regional no solo se da

¹³⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12.

¹³⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N.º 28: Derecho a la Salud*. Párrafo 120. Disponible en (Consultado el 20 de septiembre de 2023)

¹³⁷ World Health Organization, *The Global Health Observer. Hospital beds (per 10,000 population)*, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/hospital-beds-(per-10-000-population)) (Consultado el 30 de abril de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente.

¹³⁸ United Nations Development Program, *Data Downloads, Table 1: Human Development Index and components*, <https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads> (Consultado el 25 de abril de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente.

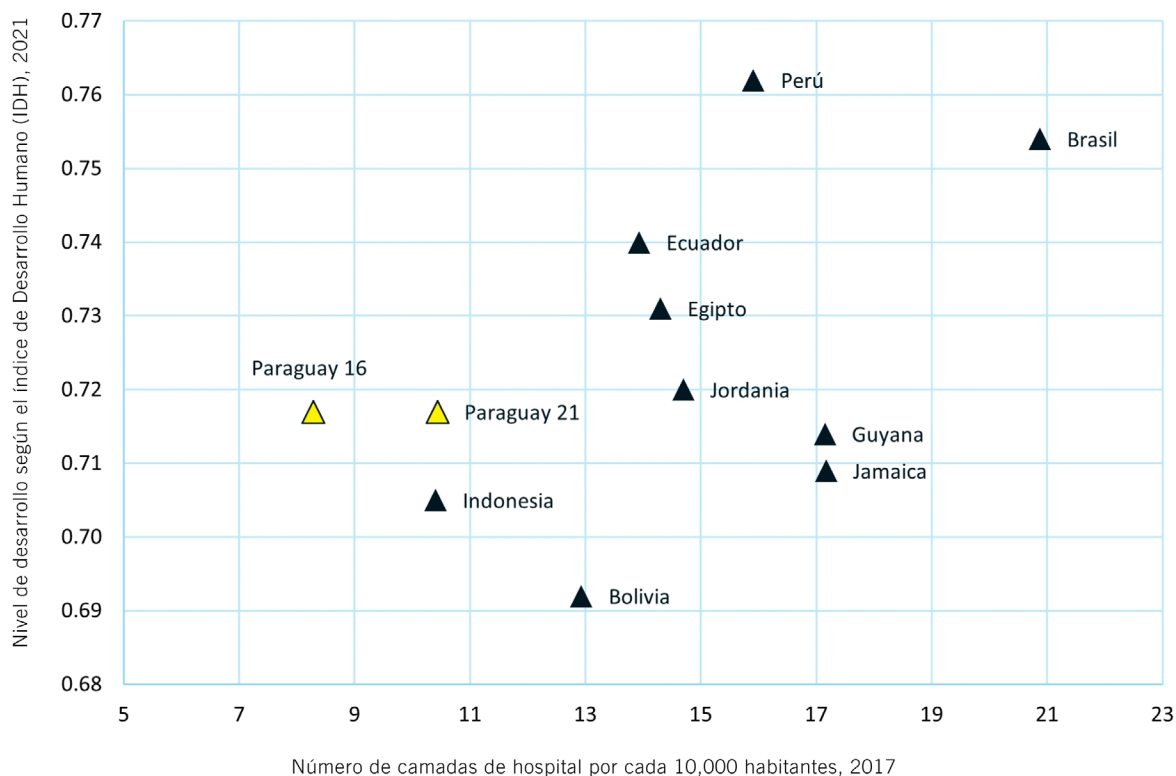
¹³⁹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, *Número de camas disponibles por servicio de internaciones de consulta año 2019-2021*. Oficio DIGIES N.º 229/2022 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a respuesta a Solicitud de Información #55615. Portal Unificado de Transparencia Activa. Disponible en <http://portal.mspbs.gov.py/digies/05-indicadores-cobertura/> (Consultado el 5 de octubre de 2023).

¹⁴⁰ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, *Número de camas disponibles por servicio de internaciones de consulta año 2019-2021*. Oficio DIGIES No. 229/2022 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a respuesta a Solicitud de Información #55615. Portal Unificado de Transparencia Activa. Disponible en (Consultado el 5 de octubre de 2023).

¹⁴¹ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Proyección de la población por sexo y edad, según departamento, 2000-2025*. Revisión 2015, <https://www.ine.gov.py/publicacion/2/poblacion> (Consultado el 25 de marzo de 2023).

¹⁴² Aunque Alto Paraguay presenta un indicador positivo en la materia, esto se debe a su baja densidad poblacional y a la situación rural que afecta el acceso efectivo. Baste señalar que la tasa de mortalidad infantil y de menores de cinco años de Alto Paraguay es el doble de la nacional.

GRÁFICA 2. DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE HOSPITAL



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en el Observatorio Global de Salud de la OMS y el Índice de Desarrollo Humano. Paraguay 16 se refiere a lo reportado en 2016 y 2021 a la cifra más actualizada con registros administrativos

por la disponibilidad de camas sino a través de los diferentes niveles de atención. Los mapas 1, 2 y 3 muestran el número de establecimientos del MSPBS¹⁴³ de primer nivel, segundo nivel, y tercer y cuarto nivel de atención, respectivamente, para 2022. Se observa que, para niveles de atención de complejidad media y alta, existe una centralización importante de la infraestructura hospitalaria en el departamento Central y la capital Asunción. Aunque la población de estos dos territorios representa el 37.5% de la población total de Paraguay, el 78% de los establecimientos de tercer y cuarto nivel están concentrados en ellas, lo cual implica que la mayoría de la población que no vive en estas zonas tiene que trasladarse para recibir atención especializada.

De acuerdo con la información de grupos focales en dife-

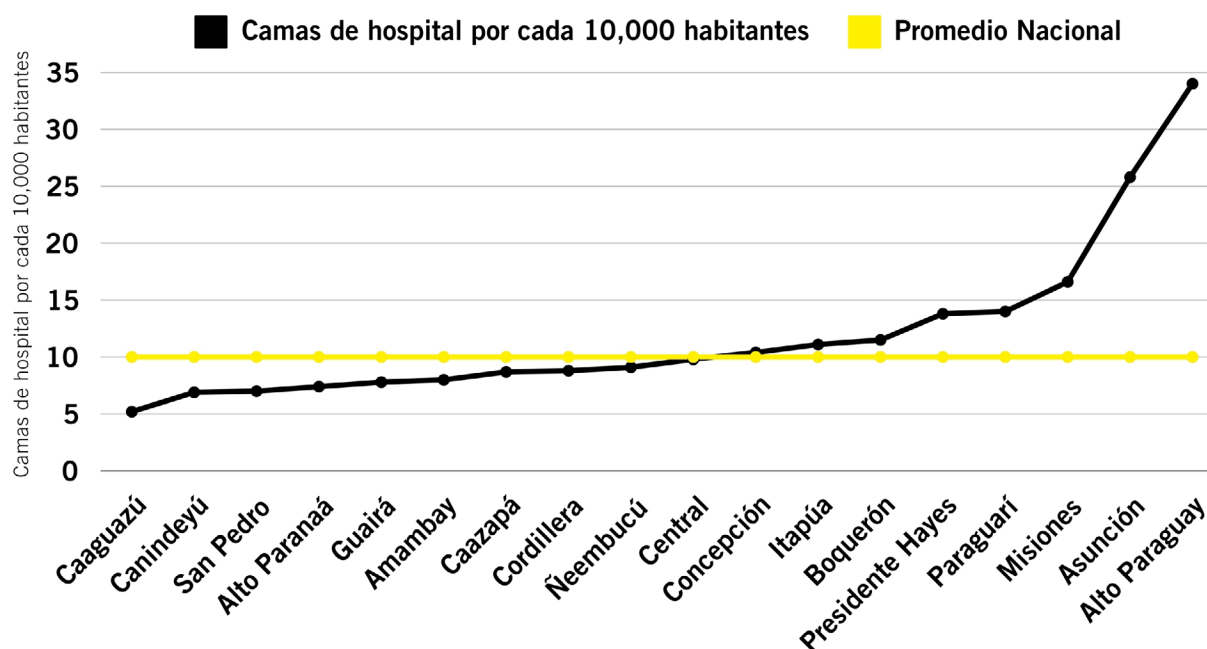
rentes territorios, las personas de las comunidades comparten preocupaciones con relación a la prestación de servicios sanitarios, la disponibilidad de tratamientos, medicamentos y profesionales, y la falta de infraestructura en los centros de salud, que se traduce en una afectación en una falta de accesibilidad económica—mayores costos de transporte y traslado que en la mayoría de las ocasiones corren por cuenta de los hogares.¹⁴⁴

En la comunidad rural de San Pablo, en el departamento de San Pedro, los habitantes mencionaron su frustración por la desconexión entre lo que en teoría es el acceso efectivo al derecho a la salud y la realidad en sus comunidades. Aunque existe disponibilidad de infraestructura en términos de centros de salud y hospitales en el departamento, la falta de disponibilidad de medicamentos y la necesidad

¹⁴³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Balance Anual de la Gestión Pública 2022*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/bagp-2022.html> (Consultado el 1 de diciembre de 2023).

¹⁴⁴ Información de grupos focales.

GRÁFICA 3. DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE HOSPITAL POR DEPARTAMENTO, 2021



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en los datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto Nacional de Estadística.

de adquirirlos por cuenta propia generan dificultades económicas a las familias. De acuerdo con lo declarado por las personas de los grupos focales, la escasez de especialistas, la ausencia de suministros básicos y la limitada disponibilidad de atención médica los fines de semana agravan aún más la situación. Al preguntar a la población sobre las razones de estos desabastecimientos, en términos generales, reconoce que estos problemas no solo dependen de los profesionales de la salud en sus comunidades, sino también de la corrupción y de decisiones y políticas en niveles más altos de gobierno. Las comunidades demandan un mayor compromiso y financiamiento por parte del Estado para garantizar una atención médica integral y accesible.¹⁴⁵

Un elemento para considerar en el análisis es la interrela-

ción entre baja disponibilidad y brechas de acceso físico y económico. En la comunidad rural de Jasy Kañy, en el departamento de Canindeyú, las personas entrevistadas en los grupos focales reconocen la salud como un derecho fundamental, pero también enfrentan desafíos muy similares a las otras comunidades, como la falta de médicos, medicamentos y especialistas en la zona, lo que dificulta su acceso a la atención médica adecuada.¹⁴⁶ Al igual que en el caso de San Pedro, el departamento de Canindeyú tiene muy pocos profesionales médicos —alrededor de siete por cada 10,000 habitantes.¹⁴⁷

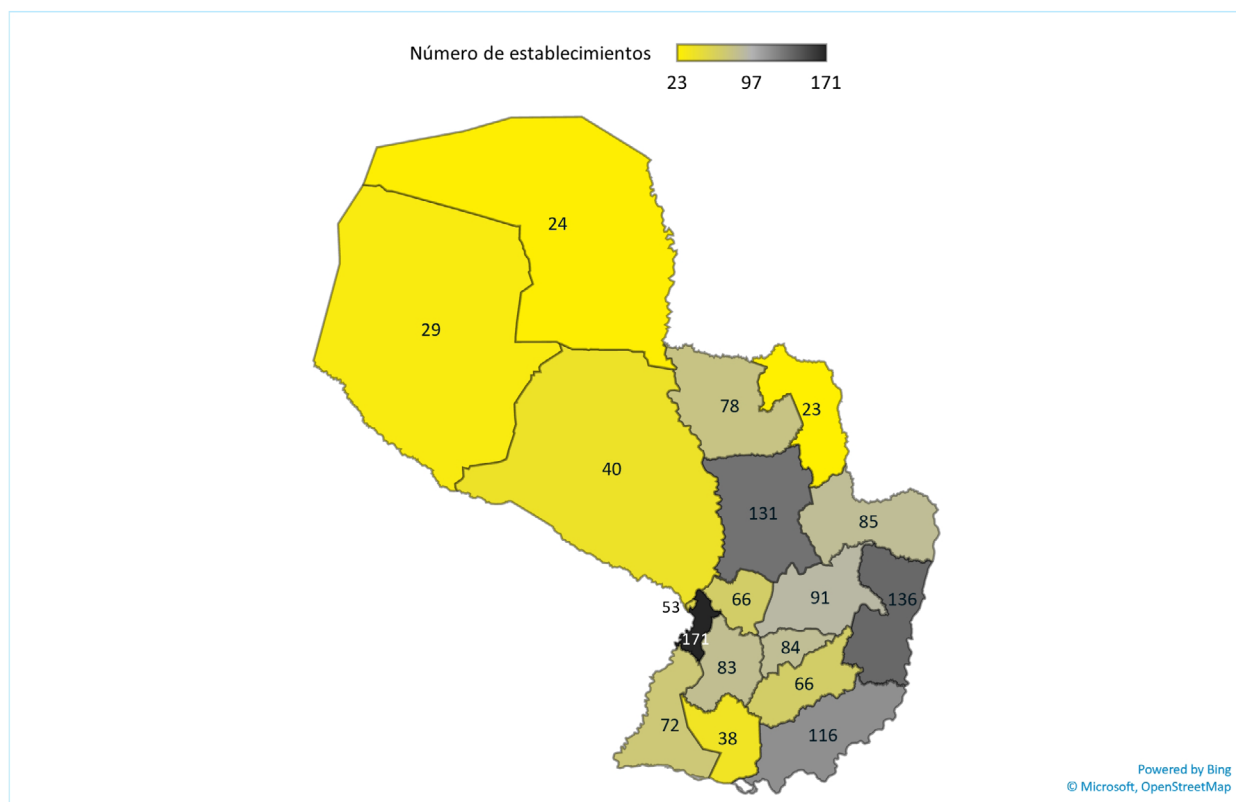
La ausencia de instalaciones para realizar estudios médicos y la necesidad de recurrir a servicios privados genera costos adicionales que muchas personas no pueden afrontar.

¹⁴⁵ Información de grupos focales.

¹⁴⁶ Información de grupos focales.

¹⁴⁷ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Indicadores de Cobertura, Dirección General de Información Estratégica en Salud, <http://portal.mspbs.gov.py/digies/05-indicadores-cobertura/> (Consultado el 25 de marzo de 2023).

MAPA 1. ESTABLECIMIENTOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en el Balance Anual de la Gestión Pública 2022 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

tar. Esta escasez de recursos materiales y humanos en el sistema público afecta especialmente a la gratuidad de la salud establecida en el marco normativo nacional, ya que las personas entrevistadas no la consideran una realidad en su comunidad, debido a que los habitantes deben asumir gastos extras para recibir la atención necesaria, como medicinas, materiales, estudios de laboratorio, entre otros. En este caso, la falta de disponibilidad de infraestructura e insumos tiene como resultado una falta de accesibilidad física y por tanto un costo agregado mayor en los hogares.

Otras poblaciones entrevistadas en los grupos focales de zonas urbanas —Asunción, Encarnación, y Ciudad del Este— reconocen prácticamente los mismos problemas,

pero el acento se pone en la saturación, los tiempos y la baja calidad de la atención; a pesar de tener mayor disponibilidad de infraestructura en sus zonas, las personas entrevistadas no acceden por las largas listas de espera, problemas de mantenimiento de la tecnología, desabastecimiento de medicamentos, entre otros.¹⁴⁸

Esta falta de disponibilidad a nivel nacional se manifestó de manera clara en 2020 durante la pandemia de la COVID-19. El sistema de salud colapsó al haber una ocupación del 100% de camas en hospitales —que incluía a los privados.¹⁴⁹

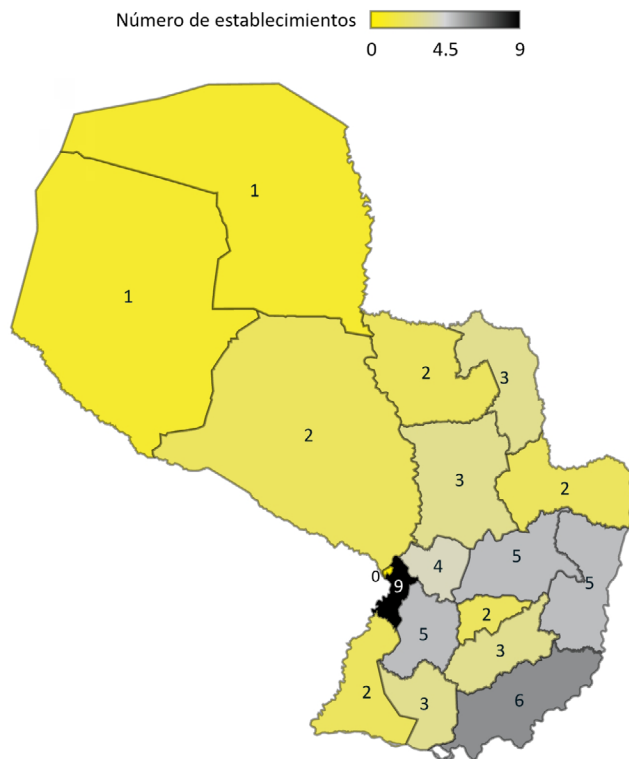
Al utilizar los últimos datos a nivel departamental¹⁵⁰ del

¹⁴⁸ Información de grupos focales.

¹⁴⁹ Mariluz Martín, La huella del duelo social es el motor para la refundación de un sistema único y universal en salud, en CODEHUPY (Editor), *Derechos Humanos Paraguay 2021*, Asunción, Paraguay.

¹⁵⁰ No se encuentra en los registros del INE información para los departamentos de Boquerón y Alto Paraguay.

MAPA 2. ESTABLECIMIENTOS DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN



© Micros

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base el Balance Anual de la Gestión Pública 2022 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Instituto Nacional de Estadística¹⁵¹ y el documento de Indicadores Básicos de Salud 2021,¹⁵² Amnistía Internacional analizó la disponibilidad de camas del MSPBS y del Instituto de Previsión Social (IPS) por cada 10,000 personas, y cruzó la información del porcentaje de la población sin seguro y con seguro de salud.¹⁵³ En ambos casos, se encontró una concentración importante de camas de hospital en Asunción con respecto de los departamentos, que incluye el caso del departamento Central, que concentra una parte importante de la población nacional. En el caso de las personas sin seguro médico, se halló que, a mayor porcentaje de personas sin seguro médico, menos disponi-

bilidad de camas del MSPBS (ver gráficas 4 y 5).

En términos de disponibilidad de recursos humanos, Amnistía Internacional encontró que Paraguay contaba antes de la pandemia (2018) con un número de personal de enfermería y médico parecido al promedio de los países con un nivel de desarrollo similar o sus vecinos de la región. Sin embargo, un aspecto a resaltar ha sido el incremento en el número de personas que ejercen la enfermería y medicina en el país de 2018 a 2020, ya que el número de enfermeras y enfermeros por cada 10,000 habitantes se incrementó cinco veces y el de personal médico se duplicó,¹⁵⁴

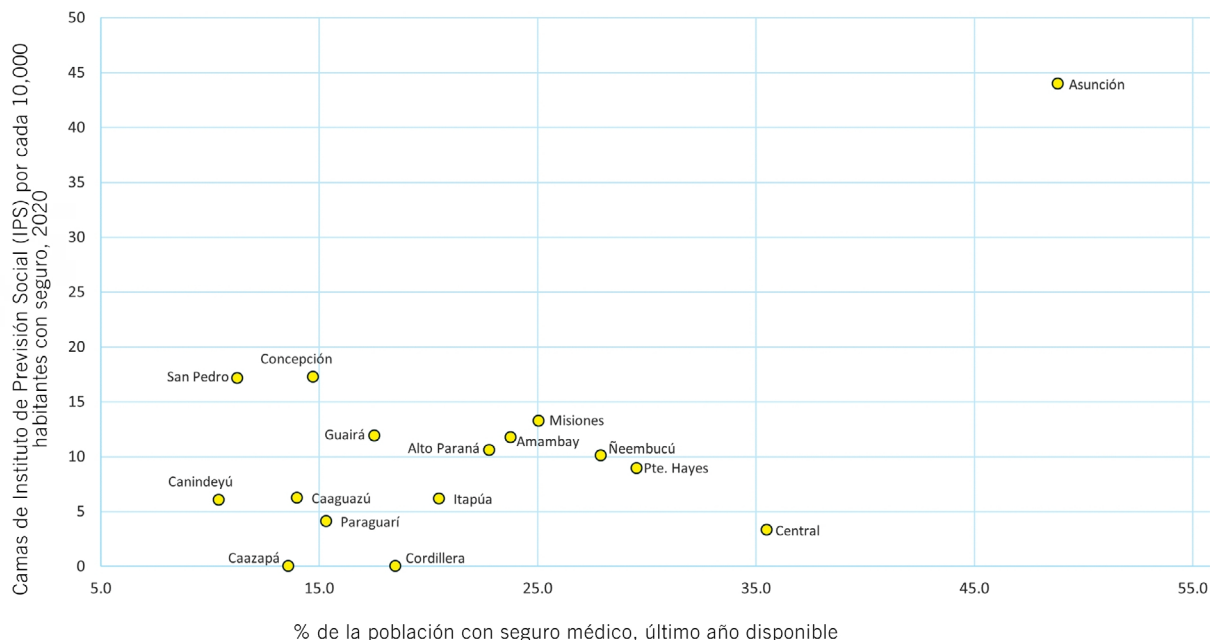
¹⁵¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). *Población por año de la encuesta, según departamento y principales indicadores de salud, 1997/98 - 2021. Serie comparable*. Disponible en https://www.ine.gov.py/assets/documento/61/Salud_dpto_EPH%201997-98_2021.xls (Consultado el 7 de diciembre de 2023).

¹⁵² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Indicadores Básicos de Salud 2021*. Disponible en <https://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2023/02/IBS-2021.pdf> (Consultado el 7 de diciembre de 2023).

¹⁵³ Para los departamentos de Concepción, Cordillera, Guairá, Misiones, Paraguarí, Ñeembucú, Amambay, Canindeyú, y Presidente Hayes, solo se tiene información actualizada a 2017.

¹⁵⁴ World Health Organization, *The Global Health Observatory, Medical doctors (per 10,000 population)*, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)) (Consultado el 30 de abril de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente.

GRÁFICA 4. AFILIACIÓN A SEGURO MÉDICO Y DISPONIBILIDAD POR DEPARTAMENTO



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en datos del Instituto Nacional de Estadística y del documento de Indicadores Básicos de Salud 2021 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

pesar de que la normativa establecía en 2022 un horario de 7:00 a 15:00, declaran que las personas profesionales de la medicina solo atienden tres días a la semana, en un horario de 8:00 a 10:00 horas.¹⁵⁸ Además, algunas personas entrevistadas declaran que los fines de semana no hay atención en las USF, ya que no existe servicio de urgencia en estos dispositivos, por lo que los habitantes se ven obligados a esperar hasta el lunes o trasladarse a otra zona.¹⁵⁹ De nueva cuenta, se puede constatar que la baja disponibilidad en las USF repercute directamente sobre el acceso físico y económico.

Blanca tiene 39 años, es campesina y cuidadora del hogar. Ha vivido en carne propia las arbitrariedades del sistema de horarios de la USF en su comunidad, ubicada en el departamento de Concepción. Para ella “si te vas a enfer-

mar, tienes que elegir bien el día y la hora porque si no, no te atienden. Realmente, la atención es mala, atienden a 20 personas por día, solo los lunes, miércoles y viernes, y cuando tiene vacaciones el doctor no hay quién le reemplace. Nos quedamos con las enfermeras que son formidables y te atienden bien, pero no son médicas.”¹⁶⁰

Ana tiene 35 años y, al igual que Blanca, también es una mujer campesina y cuidadora del hogar que vive en la misma comunidad de Concepción. Ella también sufre de la falta de disponibilidad en las instalaciones de atención primaria: “Yo voy al centro de salud (USF) pero no está en condiciones, falta espacio, y muchas veces no hay medicamentos.”¹⁶¹

En la muestra de personas y comunidades entrevistadas

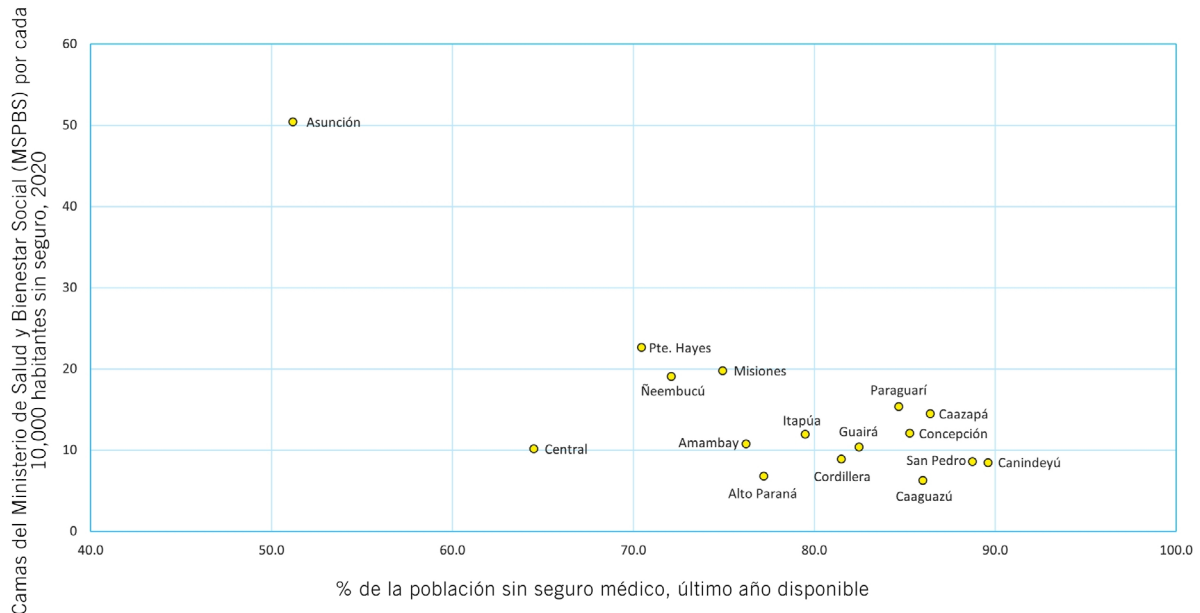
¹⁵⁸ En el caso del MSPBS, algunos de sus hospitales han abierto consultas vespertinas y nocturnas de 16:00hrs a 22:00hrs. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/portal/28518/mas-de-20-mil-consultas-en-horario-nocturno-destacan-gran-aceptacion-de-la-ciudadania.html> (Consultado el 4 de febrero de 2024)

¹⁵⁹ Información de grupos focales.

¹⁶⁰ Información de grupos focales.

¹⁶¹ Información de grupos focales.

GRÁFICA 5. POBLACIÓN NO ASEGURADA Y DISPONIBILIDAD POR DEPARTAMENTO



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en datos del Instituto Nacional de Estadística y del documento de Indicadores Básicos de Salud 2021 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

se mencionan desabastecimientos intermitentes de medicamentos esenciales que están garantizados en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales,¹⁶² y deben estar disponibles en todas las USF presentes en las comunidades estudiadas. También se reporta desabastecimiento en el caso de ciertos medicamentos que son parte de programas del MSPBS —con financiación garantizada¹⁶³— que responden a enfermedades crónicas de alta prevalencia, como la diabetes o la presión alta, y que requieren un control constante y medicación adecuada.

Tal es el caso de Manuel, del departamento de Concepción, quien tiene 63 años y padece de problemas de presión arterial. Para él, la poca disponibilidad lo ha llevado a gastar de su propia bolsa para poder tratar su enfermedad: “A veces falta el remedio para la presión, pero ellos saben

cuántos pacientes tienen, deberían tener siempre, pero a veces no hay. Por eso, la mayoría compramos, además te dan una o dos tabletas, y no te alcanza, igual para completar tienes que comprar.”¹⁶⁴

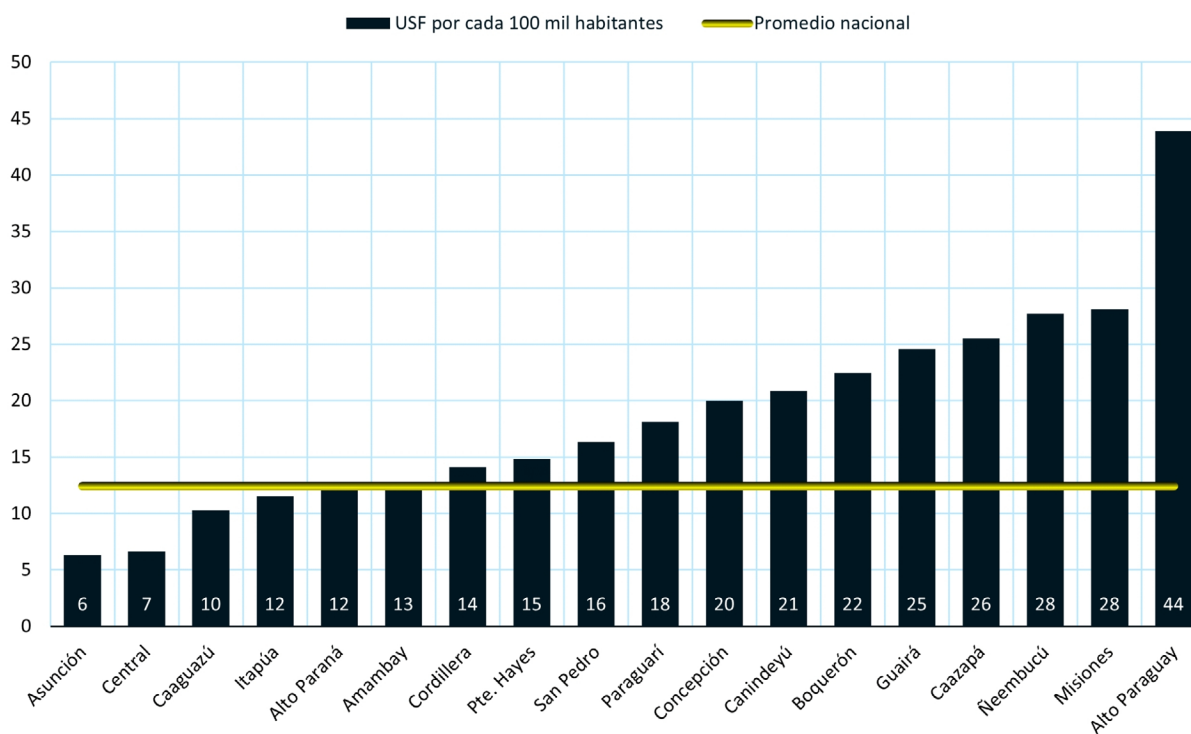
El desabastecimiento de medicamentos para enfermedades crónicas no es exclusivo de Concepción. Ramona es una líder comunitaria de 53 años que reside en una localidad rural del departamento de Canindeyú. En las entrevistas con grupos focales, menciona que le preocupa que la baja disponibilidad de medicamentos está afectando a personas adultas mayores en situación de pobreza: “La atención debe ser gratuita porque somos pobres y por falta de plata mueren las personas, nos vamos a los puestos de salud, y nos morimos porque no hay medicamentos. Me fui al doctor y me dieron las recetas, pero no había medica-

¹⁶² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Lista Nacional de Medicamentos Esenciales*. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dggies/adjunto/db7beeLista-dodeMedicamentosEsenciales.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

¹⁶³ Es decir, que cuentan con presupuestos específicos, para más información ver capítulo 5.

¹⁶⁴ Información de grupos focales.

GRÁFICA 6. UNIDADES DE SALUD FAMILIAR (USF) POR DEPARTAMENTO, 2022



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Balance Anual de la Gestión Pública 2022.

mentos, es una burla. Nuestros abuelitos tienen diabetes, y en el centro de salud no hay medicamentos. No hay medicamentos para presión alta tampoco, y la gente muere. No hay derechos humanos.”¹⁶⁵

Los datos disponibles sobre las Unidades de Salud Familiar para el año 2022 confirman la situación experimentada por las personas entrevistadas. Persisten brechas regionales en el número, el equipamiento y el abasto de las USF. Departamentos con alta población como Central, Itapúa, Alto Paraná, Caaguazú y la capital Asunción tenían una baja disponibilidad de USF (12 o menos por cada 100,000 habitantes), mientras que departamentos con menos población como Alto Paraguay o Misiones tienen más USF por habitantes (ver gráfica 6).¹⁶⁶

Estos resultados sugieren que la construcción de las USF

privilegia zonas más rurales y menos pobladas, lo que puede reducir brechas de desigualdad, particularmente en zonas de difícil acceso físico. Sin embargo, existe evidencia de que es necesario mejorar el equipamiento, la calidad y el personal de la atención primaria.

Una evaluación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de Paraguay realizada en 2021 sobre las USF como parte de la respuesta a la COVID-19 apunta las mismas debilidades señaladas por las personas entrevistadas. De la muestra de USF que se analiza en dicho informe, ninguna cumplió con siquiera la mitad de los estándares de cumplimiento en materia de estructuras (transporte, internet, medicamentos contra la COVID-19), procesos (capacitación, seguimiento de pacientes, articulación con red de servicios) y resultados (atención oportuna a pacientes con la COVID-19). Como principales hallazgos en materia de

¹⁶⁵ Información de grupos focales.

¹⁶⁶ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Balance Anual de la Gestión Pública 2022*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/bagp-2022.html> (Consultado el 1 de diciembre de 2023).

disponibilidad se encontró que la mayoría de las USF no cuentan con el número adecuado de profesionales, inexistencia de transporte y falta de equipos de comunicación para dar seguimiento a consultas y pacientes.¹⁶⁷

Otro estudio realizado por académicos de la Universidad Nacional de Itapúa, Universidad Nacional de Concepción y del MSPBS en 2022 en cinco departamentos —Concepción, Amambay, Caaguazú, Canindeyú e Itapúa— sobre la preparación de las USF señaló que las brechas de acceso más importantes se dan entre las áreas rurales y urbanas y en disponibilidad de medicamentos esenciales e insumos para diagnóstico. El 18.5% de las USF no contaba con todos los profesionales de salud que se requieren, mientras que el 31% no tenía equipos de profesionales completos e incluso, en el 29% de los casos analizados, el internet utilizado para las actividades de las USF era pagado por el personal.¹⁶⁸

Al analizar en los grupos focales las demandas principales en materia de disponibilidad, se encuentran problemáticas diferentes entre el ámbito rural y urbano. En áreas rurales, en caso de una urgencia por enfermedad o accidente, las personas entrevistadas en los grupos declaran que no tienen acceso a ambulancias. Algunas veces porque no hay en sus territorios, otras porque había, pero están averiadas y no se reparan, y en otros casos no se pueden usar por falta de combustible.¹⁶⁹

En áreas urbanas, la principal preocupación está relacionada con el tiempo de espera, producto de la saturación por baja disponibilidad. El parque de ambulancias en Paraguay, según el MSPBS, cumple con el estándar de la OPS/OMS, que establece una ambulancia por cada 25,000 habitantes a través del Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias (SEME). Sin embargo, las personas de las comunidades aludieron a problemas causados por la redistribución, gestión y financiamiento.

Para Clara, una promotora de salud de 25 años que trabaja en una comunidad rural en el departamento de San Pedro, el proceso de traslado de pacientes enfrenta diversas barreras, y que hasta ahora solo se pueden resolver con recursos propios o a través de contactos y favores políticos con autoridades locales: “La municipalidad antes llevaba a los pacientes todos los miércoles desde el centro de salud al hospital para hacerse los estudios. Ahora, solo funciona cuando los politiqueros llaman. Si tu familiar está grave y hay que llevarlo a San Pedro, como no hay ambulancia en el centro de salud, se tiene que pedir al intendente, y si

no te lo da, tenemos que pagar alrededor de PYG 200,000 (alrededor de USD 28)¹⁷⁰ para que lo lleven al privado. No se provee desde el centro de salud.”¹⁷¹

Con relación al punto anterior, la evidencia de las entrevistas indica que la escasez y la falta de disponibilidad parecerían estar relacionadas con la articulación de las demandas políticas en materia de salud y una dinámica donde el acceso a la salud, más que un derecho, parece estar en función de las presiones políticas de una comunidad, lo cual hace que el proceso sea arbitrario.

Blanca (39 años) comentó en los grupos focales sobre la escasez de medicinas y equipamiento básico: “Hay recursos en el Estado, pero tienes que ir a presionar. Nosotros tenemos que exigirle al gobernador. Hay que pelearse, o no se consigue nada. Muchas veces hay recursos, pero si no peleas, no te dan. En mi comunidad hay gente con cáncer, pero no hay dónde hacerse los estudios. Te mandan a otro lugar en Asunción y si la familia no tiene condiciones, ya te morís. La salud es un negocio; te vas al privado y te dan un disco CD, y se lo llevas al doctor en el público y no puede leer el disco porque no tiene la computadora, y así te juegan para cobrarte.”¹⁷²

Amnistía Internacional encontró que, en términos generales, en Paraguay, el nivel de disponibilidad de recursos materiales e infraestructura —camas, profesionales médicos, enfermeras— es bajo con respecto a otros países con los mismos niveles de desarrollo, a sus vecinos geográficos y al promedio de la región de América Latina.

Las personas entrevistadas en los grupos focales también señalan que la provisión de medicina y equipamiento en las USF es insuficiente en muchas regiones.¹⁷³ Estas unidades son en la mayoría de las ocasiones el contacto más cercano y accesible entre las personas y el sistema de salud. Esto tiene como consecuencia la saturación del sistema y problemas que inciden no solo en la disponibilidad sino en tiempos de espera largos, una mayor afectación en el acceso físico y económico, y la necesidad de buscar vías no formales para resolver las necesidades más apremiantes de salud.

Por último, Amnistía Internacional encontró evidencia de una concentración importante en la oferta en la provisión de camas de hospital para IPS y el Ministerio de Salud en la capital y que las zonas con menor cobertura de seguro médico —y que por tanto deberían de estar cubiertas por los servicios del MSPBS— tienen menos disponibilidad de

¹⁶⁷ Carmen Gómez (Coord.). *¿Son las Unidades de Salud de la Familia (USF) parte de la respuesta a la pandemia del COVID-19?: Estudio de 10 USF para conocer las condiciones en las que se encuentran para afrontar esta y futuras pandemias*. 2021. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología / PROCENCIA.

¹⁶⁸ Edgar Jiménez-Caballero, María G. Amarilla, César González de Mestral, José M. Araujo-Quevedo. *Evaluación de disponibilidad y preparación de servicios de salud en el primer nivel de atención en cinco regiones sanitarias del Paraguay durante el 2022*. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud vol.20 no.3. Diciembre 2022. Asunción.

¹⁶⁹ Información de grupos focales.

¹⁷⁰ Utilizando un tipo promedio diario del año 2022 de 0.00014 dólares americanos por guaraní. Este tipo de cambio aplica para los demás casos mencionados en el texto

¹⁷¹ Información de grupos focales.

¹⁷² Información de grupos focales.

¹⁷³ Información de grupos focales.

camas del MSPBS.

3.2.2. Accesibilidad

En materia de accesibilidad, la Observación General N.º 14 señala que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población.”¹⁷⁴

Como dimensiones de accesibilidad, se encuentra: 1) accesibilidad física, donde la oferta de establecimientos, bienes y servicios, así como la provisión de determinantes sociales de la salud como agua potable y servicios sanitarios, estén al alcance geográfico;¹⁷⁵ 2) accesibilidad económica, donde la oferta de establecimientos, bienes y servicios, así como los determinantes de la salud estén al alcance de todos bajo el principio de equidad, que “sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada en los gastos de salud en comparación a hogares más ricos”;¹⁷⁶ 3) acceso a la información, que es el derecho a solicitar, recibir y difundir información sobre salud, así como la protección de datos personales.¹⁷⁷

Según la OMS, las políticas de protección social en salud deben orientarse a la universalidad, garantizar el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de las personas, familias y comunidad.¹⁷⁸ En Paraguay, esta concreción para la universalidad se conquistó con la aprobación de la Ley N.º 5099 en 2013, cuyo objeto es establecer la gratuidad de aranceles; en los servicios de promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades en los establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. En su artículo 2 señala que: “El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social proveerá, sin pago de arancel alguno, y de manera gratuita los medicamentos incluidos en el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales y otros insumos que se encuentran disponibles.”¹⁷⁹

Adicionalmente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos profundizó en las dimensiones anteriores, al señalar que, para casos de urgencia médica, los Estados deben garantizar estándares mínimos en materia de accesibilidad “los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La ac-

cesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información. Proveyendo de esta forma un sistema de salud inclusivo basado en derechos humanos.”¹⁸⁰

Como se mencionó en el capítulo 2, en materia de acceso, el sistema de salud paraguayo es altamente fragmentado, al tener un sistema dual de salud. Amnistía Internacional considera que esta fragmentación genera inequidades sanitarias debido a las diferencias en la provisión de servicios, financiamiento, inversión, gobernanza, control, entre otras.

Esto es vital en materia de acceso económico y físico, ya que como afirmó la OPS en la 30.º Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en agosto del 2022, “la fragmentación en todas sus formas es un problema generalizado en los sistemas de salud y afecta a la organización, la gestión y la prestación de la atención en casi todos los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Impide el acceso equitativo a la salud y puede adoptar la forma de servicios de salud que no abarcan la gama completa de servicios de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados paliativos, lo cual, con el tiempo, da lugar a una falta de continuidad de la atención, que se conoce como atención fragmentada (...) las consecuencias son limitaciones en el acceso, la pérdida de oportunidades, la falta de continuidad de los procesos de atención y la imposibilidad de satisfacer las necesidades y las expectativas diferenciadas de las personas. Estas limitaciones afectan directamente la capacidad de los sistemas de salud de responder a los complejos perfiles epidemiológicos actuales.”¹⁸¹

3.2.2.1 Dimensión física

Como se mencionó en el apartado de Disponibilidad, una de las barreras más importantes para las personas entrevistadas en los grupos focales es la falta de disponibilidad de medicinas y personal médico. De las personas entrevistadas en los grupos focales en las diferentes comunidades del estudio, todas las personas participantes señalaron que, en algún momento en los últimos cinco años, ellas mismas o personas cercanas tuvieron que deambular por varios hospitales de distintas ciudades, incluso ir a Asunción (capi-

¹⁷⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12.

¹⁷⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12.

¹⁷⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12.

¹⁷⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12.

¹⁷⁸ OPS. 130.º Sesión del Comité Ejecutivo. Resolución CE130.R9. 2002. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo.

¹⁷⁹ Ley N.º 5099 De la gratuidad de aranceles y prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2013 Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4706/ley-n-5099-de-la-gratuidad-de-aranceles-de-las-prestaciones-de-salud-de-los-establecimientos-del-ministerio-de-salud-publica-y-bienestar-social> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

¹⁸⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos No. 28: Derecho a la Salud, párrafo 120. Disponible en (Consultado el 20 de septiembre de 2023).

¹⁸¹ Organización Panamericana de la Salud. 30.º Conferencia Sanitaria Panamericana. 74. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. septiembre del 2022. Washington, D.C.

tal) para poder ser atendidos, y, en algunos casos, no lo consiguieron a tiempo, y sus familiares fallecieron.¹⁸²

Adicionalmente, las personas entrevistadas en los grupos focales señalan que, debido a la limitada disponibilidad de infraestructura para la atención médica, las personas pobladoras de comunidades rurales tienen que trasladarse a otras zonas para consultar, incluso sobre padecimientos que —en teoría— podrían resolverse en la USF de su comunidad.¹⁸³ De acuerdo con un análisis de la APS publicado en 2022,¹⁸⁴ los centros de atención de primer nivel deberían poder resolver el 85% de los problemas de salud que normalmente pueden presentarse en cualquier comunidad si estas tuvieran un desempeño según su diseño normativo. Las personas entrevistadas también señalan que esta situación incrementa sus tiempos y costos de traslado debido al escaso transporte público y los caminos de tierra que se vuelven intransitables con la lluvia. Para las enfermedades que requieren de tratamiento más especializado, las personas entrevistadas perciben a los hospitales de referencia como inaccesibles.¹⁸⁵

En el caso de las comunidades rurales, las personas entrevistadas expresan que las personas que están enfermas no pueden ser atendidas en zonas cercanas, y son canalizadas a otros servicios de mayor complejidad. También reportan que los servicios se encuentran alejados de las comunidades, son de difícil acceso, tienen largas listas de espera, no cuentan con disponibilidad para atención en varias semanas o meses, e implica movilizar a uno o varios miembros de la familia que se quedan con el paciente, gastos que se suman con el traslado, la medicación, los insumos, la alimentación, entre otros.¹⁸⁶

De acuerdo con los cálculos realizados por Amnistía Internacional con base en la Encuesta de Uso del Tiempo 2016 (EUT 2016), el tiempo promedio que pasaron las personas que asisten a servicios de salud siendo atendidas por semana es de casi ocho horas (470 minutos). La brecha entre el ámbito urbano y rural se incrementa aún más considerando que una persona que vive en una localidad rural que se va a atender por temas de salud invierte en promedio casi el doble de tiempo —11 horas a la semana (650 minutos)— que una que vive en el ámbito urbano, donde invierte poco más de seis horas (380 minutos).¹⁸⁷

En términos de los tiempos de traslado, los datos de EUT 2016 muestran que un hogar invierte aproximadamente cuatro horas y media en trasladar a alguno de los miembros de su familia a clínicas o centros de salud por razones médicas.¹⁸⁸ Esta situación pudo haber cambiado con el establecimiento de las USF, aunque no se cuentan con encuestas sobre uso del tiempo más recientes para poder observar potenciales cambios en los tiempos de traslado.

Otro aspecto mencionado por las personas entrevistadas en los grupos focales es que en muchas zonas rurales no hay disponibilidad de profesionales especializados en áreas de mucha demanda, que deberían ser parte de las USF. Específicamente, destacan la ausencia cercana de servicios de ginecología, obstetricia, psicología y de pediatría,¹⁸⁹ lo que obliga, fundamentalmente a las mujeres que fungen como cuidadoras primarias, a trasladarse a otras ciudades para acceder a los servicios de salud. También señalan la necesidad de contar con instalaciones adecuadas para acceder a estudios de diagnóstico simples, como análisis clínicos. Las USF no tienen un servicio de extracción de muestras y de referencia (envío a los laboratorios), por lo que la única opción disponible es recurrir a instituciones privadas, con los costos adicionales esperados que muchas personas no pueden afrontar.¹⁹⁰

Clara, promotora de salud en San Pedro, conoce el funcionamiento del sistema, y también ha padecido en primera persona la falta de acceso a los servicios de salud, ya que cuando estaba embarazada no pudo atenderse en la comunidad rural donde vive: “Yo necesité obstetra, pero no hay. Cuando estaba embarazada tenía que pagar para llegar hasta el hospital de San Pedro, PYG 150,000 (USD 21), y a veces ya no había turno para la ecografía, pero igual tenía que pagar para llegar. Así es, cada uno tiene que buscar por su cuenta.”¹⁹¹

Estas brechas de acceso físico parecen ser más prevalentes en zonas rurales que en urbanas. En las zonas urbanas donde hay USF, las personas entrevistadas dan menos énfasis a la disponibilidad de especialistas, debido a que las redes de servicios concentradas en zonas urbanas y los distintos niveles de atención (hospitales) presentes no son tan distantes, y las barreras de transporte y distancia son menores.¹⁹² No obstante, el perfil de personas que en las zonas urbanas accede a USF es, habitualmente, de los quintiles

¹⁸² Información de grupos focales.

¹⁸³ Información de grupos focales.

¹⁸⁴ Lerea MJ, Tullo JE, López P. Estrategia de atención primaria de salud y su impacto en las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, Paraguay, 2000-2017. *Revista Panamericana Salud Pública*. Agosto 2022

¹⁸⁵ Información de grupos focales.

¹⁸⁶ Información de grupos focales.

¹⁸⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Encuesta Sobre Uso del Tiempo (EUT) 2016*, <https://www.ine.gov.py/microdatos/Encuesta-sobre-uso-del-tiempo.php> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

¹⁸⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Encuesta Sobre Uso del Tiempo (EUT) 2016*, <https://www.ine.gov.py/microdatos/Encuesta-sobre-uso-del-tiempo.php> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

¹⁸⁹ En otros países como Argentina, Brasil, Perú y otros de la región, estos profesionales forman parte de la cartera básica de servicios del primer nivel de atención.

¹⁹⁰ Información de grupos focales.

¹⁹¹ Información de grupos focales.

¹⁹² Información de grupos focales.

de ingresos más bajos, ya que la priorización realizada territorialmente en el diseño de la APS se realizó para acercar la salud a poblaciones históricamente excluidas.¹⁹³

De acuerdo con el MSPBS, la población urbana, particularmente de grandes urbes, habitualmente, no entra al sistema de salud por las USF, sino directamente por otros servicios de la RIIS, como los servicios de segundo (hospitales distritales y centros ambulatorios de especialidades —CAES, de mediana complejidad) y tercer nivel (regionales, de alta complejidad).¹⁹⁴

Una característica mencionada frecuentemente por las personas entrevistadas es que en muchos hospitales públicos la cita médica solo puede obtenerse de forma presencial, en el mismo día en que se recibe la atención, y no se puede obtener información por otros medios, ya sea de manera telefónica o por canales digitales. Un problema mencionado frecuentemente es que las personas tienen que trasladarse e ir muy temprano, habitualmente entre las 3:00 y las 5:00 de la madrugada, para conseguir número y luego esperar a la atención, que puede demorarse incluso hasta la tarde. En muchos casos, debido a que los números para consulta son limitados, aun acudiendo temprano, no consiguen ser atendidas. En algunos casos, recorren diferentes clínicas u hospitales hasta lograr ser atendidas, y, en otros, no consultan o no se realizan sus estudios hasta que no empeora su enfermedad y aumentan las consecuencias para su salud.¹⁹⁵

María, de 43 años, ha experimentado directamente las largas filas para lograr tener una cita en la clínica. En la comunidad donde vive, Arroyito, en el departamento de Concepción, las filas para buscar tratamiento pueden durar horas: “A veces, la licenciada de la USF se encarga de sacar las citas en el hospital. Ella te saca la cita y tú te vas nomás si es de urgencia. Pero si no es urgente, tienes que ir al hospital a sacar número a las 4:00 de la mañana y encargarte de esperar en la cola toda la madrugada. La gente se sienta cerca y pone una piedra en la fila o un termo para reservar su turno. Es muy difícil, no da gusto formar fila cuando uno está enfermo y, encima, no siempre alcanza el número.”¹⁹⁶

3.2.2.2. Dimensión económica

En materia de acceso económico, la Observación N.º 14 señala que “los pagos de servicios de atención de salud y servicios relacionados con los determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de equidad, a fin de asegurar que estos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.”¹⁹⁷

Amnistía Internacional analizó el nivel socioeconómico con relación al acceso a la seguridad social en salud. Con los datos de la EPHC 2022 se encuentra que el 97% del 20% más pobre en Paraguay no cuenta con seguro médico (ver gráfica 7). Por otro lado, los seguros (ya sean públicos o privados) son un privilegio solo para los grupos de mayores ingresos, ya que el 19% del 10% más rico tiene privado y el 30% IPS.¹⁹⁸

Desde su aprobación, la gratuidad contribuyó a darle materialidad a la dimensión de acceso económico del derecho a la salud, y evidenció la demanda de atención no satisfecha. La primera modificación al marco normativo en favor de la gratuidad se dio en el 2007, con la aprobación de la gratuidad en las políticas vinculadas a la salud materno-infantil. Particularmente, se declaró la gratuidad de la asistencia prenatal, partos normales y cesáreas, que incluyen los análisis laboratoriales de rutina, test de Elisa para detectar el VIH, y el VDRL para detectar sífilis; ecografías, medicamentos y legrados en caso de un aborto incompleto. Este decreto igualmente contempló la gratuidad de la atención de los menores de cinco años incluyendo la consulta y los medicamentos.¹⁹⁹

El Gobierno ha tomado algunas medidas para incrementar el acceso de la población a los servicios públicos de salud. En el 2008 se declaró la gratuidad en los servicios de salud, en cuanto a las consultas, los aranceles hospitalarios y de estudios auxiliares de diagnóstico de internación a través de la Resolución S.G. N.º 140.²⁰⁰ En septiembre del 2009 se aprobó la Resolución N.º 67 que estableció la gratuidad de las consultas externas y de urgencia de todos los hospitales públicos, y en el 2013 se aprobó finalmen-

¹⁹³ Navarro, Esther & Perrota, Martha (2017). *Un nuevo paradigma para entender y gestionar la salud en Paraguay*.

¹⁹⁴ La cobertura poblacional de la APS en Paraguay es de alrededor del 35% de la población. Estimaciones en base a los últimos datos del 2019, que alcanzaba, según el MSPBS, el 32% de la población.

¹⁹⁵ Información de grupos focales.

¹⁹⁶ Información de grupos focales.

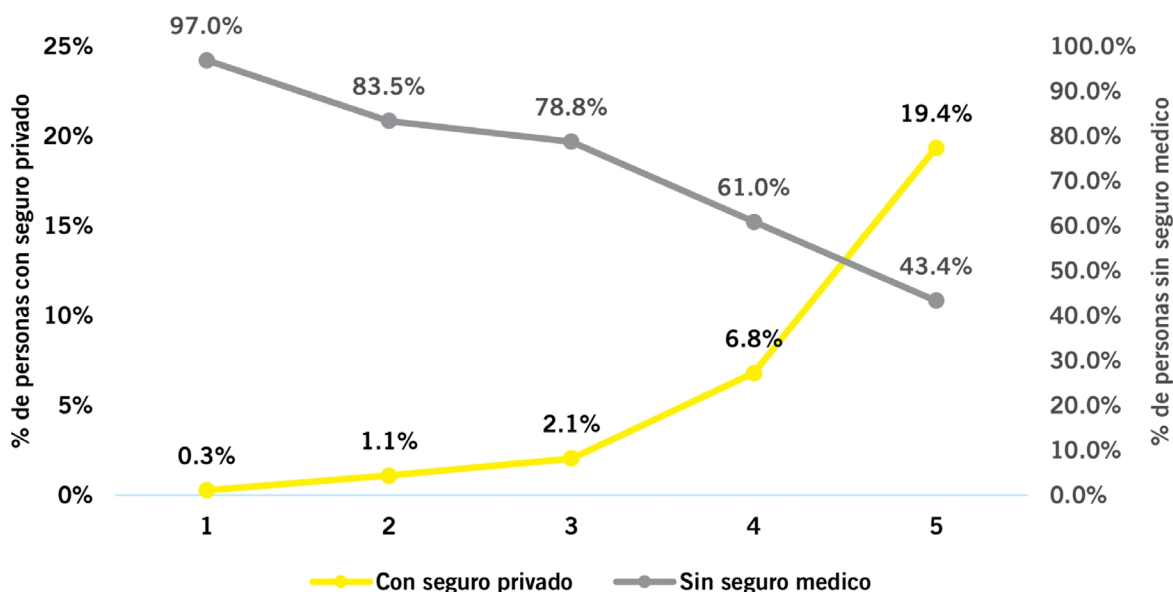
¹⁹⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafo 12, inciso b).

¹⁹⁸ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

¹⁹⁹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución N.º 396 que declara prioritario para la Salud Pública el Programa de Prevención de la Transmisión Materno Infantil del VIH/Sifilis Congénita.

²⁰⁰ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución No. 140 Por la cual se dispone la gratuidad universal de las internaciones hospitalarias, así como de las cirugías de urgencias y programadas de las diferentes especialidades; en todos los hospitales y centros de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2008. Disponible en <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/resolucion140.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023)

GRÁFICA 7. POBLACIÓN SIN SEGURO MEDICO Y CON SEGURO PRIVADO POR QUINTIL DE INGRESOS (%), 2022



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC 2022.

te la Ley N.º 5099 previamente mencionada de gratuidad en medicamentos y tratamientos.²⁰¹ Como resultado, entre 2007 y 2011 se registró un aumento del 77% de consultas y del 58% en el número de personas atendidas.²⁰²

Sin embargo, de acuerdo con la EPHC 2022, cuatro de cada diez personas paraguayas (41.7%) no recibieron medicamentos gratuitos cuando acudieron a consulta. Aunado a ello, al comparar este porcentaje entre personas aseguradas o no aseguradas y entre diferentes grupos sociodemográficos, se puede apreciar que un porcentaje mayor de personas sin seguro médico no reciben medicamentos gratuitos (40.7%) frente a personas con IPS (30.9%).²⁰³

La EPHC muestra que además, el 37% de la población en situación de pobreza reportó no haber recibido medicamentos gratuitos, mientras que el 43% de las personas adultas mayores también se encuentran en esta situación, ambos grupos considerados como vulnerables. Un aspecto interesante para resaltar es que el porcentaje de pacientes que no reciben medicamentos gratuitos es mayor en la población urbana (44%) frente a la rural (37%), aunque, como se mencionará más adelante, el gasto por parte de los hogares no solo contempla los medicamentos, sino transporte, pago de estudios o en algunos casos asistir a una farmacia o clínica privada en caso de no existir insumos o tiempos de atención largos frente a una urgencia.²⁰⁴

²⁰¹ Ley No. 5099 De la gratuidad de aranceles y prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2013 Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4706/ley-n-5099-de-la-gratuidad-de-aranceles-de-las-prestaciones-de-salud-de-los-establecimientos-del-ministerio-de-salud-publica-y-bienestar-social> (Consultado el 23 de agosto de 2023)

²⁰² Mariluz Martín y Patricia Lima (2020). Un país que vive en emergencia y una reforma de salud de los años 90, en *Derechos Humanos Paraguay 2020*. Asunción. Codehupy.

²⁰³ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

²⁰⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023).

En el grupo focal desarrollado en la comunidad rural de Arroyito, en el departamento de Concepción, las personas entrevistadas reconocen el derecho a la salud, pero expresan descontento por su falta de cumplimiento efectivo. Destacan la falta de atención y la corrupción de los Gobiernos de turno, que dificultan el acceso equitativo a la salud. Aunque algunas personas mencionan que la atención médica es teóricamente gratuita, declaran que en realidad los pacientes deben pagar por los medicamentos y suministros con sus propios ingresos.²⁰⁵

A este gasto se le conoce como gasto de bolsillo, que de acuerdo con la OPS²⁰⁶ son aquellos pagos realizados por los hogares y personas a prestadores de servicios de salud al momento de utilizar el servicio. Estos pagos son diferentes a los pagos de seguros de salud privados, y normalmente consisten en gastos fuera de los seguros en rubros como medicinas, tratamientos, hospitalización, el transporte para llegar al centro de salud, entre otros.

En los grupos focales, las personas entrevistadas señalan que, en ocasiones, las personas de sus comunidades regresan a sus hogares sin recibir atención médica debido a la falta de recursos económicos. Todas las personas entrevistadas en los grupos en diversos departamentos, tanto en zonas urbanas como rurales, reconoce que no se respeta la gratuidad en los servicios de salud. De acuerdo con sus testimonios, aunque la atención médica es gratuita, es difícil acceder a consulta. De la misma manera, afirman que, aunque la mayoría de los medicamentos, insumos y estudios también tendrían que ser gratuitos, suelen estar agotados en las clínicas y centros de salud.²⁰⁷

Para María (38 años), la falta de medicinas y tratamientos gratuitos implica tener que dar prioridad a sus hijos y no a sus propias necesidades dada la falta de recursos económicos: “Cuidar la salud es caro, incluso la de la boca, que supuestamente tendría que haber en el centro de salud. Solo la limpieza de sarro y el arreglo de algunos dientes cuesta como PYG 2 millones (USD 280). Yo, como ama de casa, ¿cómo me puedo curar, cuidar mis dientes, mis ojos, o cualquier cosa? La mayoría de nosotras, las mujeres, ponemos primero a nuestra familia y en último lugar llegamos al médico, porque ya la plata no alcanza.”²⁰⁸

Patricia vive en Asunción y es trabajadora por cuenta pro-

pia. Aunque vive en la capital del país —que concentra un porcentaje significativo de la infraestructura de salud de Paraguay— también enfrenta dificultades para costear sus tratamientos: “En los hospitales falta todo. Tenía que hacerme una resonancia magnética porque me duele mucho la espalda desde hace rato, pero fui varias veces al hospital y no consigo que me la hagan; dicen que el resonador está descompuesto. Pregunté en el privado, pero es carísimo. Yo vivo al día. Aún no me la hice.”²⁰⁹

La situación de Patricia y María no son casos aislados. La Encuesta Permanente de Hogares muestra que, en 2022, más de un tercio de las personas en pobreza (37%) tuvieron que pagar sus medicinas, contraviniendo lo señalado por la Observación N.º 14 y la Ley N.º 5099. Por otro lado, el 43% de las personas adultas mayores —consideradas un grupo vulnerable— tampoco recibieron medicamentos gratuitos, al ser las diferencias con la población nacional estadísticamente significativas.²¹⁰

En los grupos focales realizados se menciona que los enfermos crónicos en general, y aquellos con enfermedades que tienen gastos catastróficos²¹¹ en particular, como el cáncer que es la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y la primera por causas prematuras, no pueden sostener sus tratamientos. Si hay una persona enferma, existe un efecto en la economía familiar, ya que las personas entrevistadas reportan vender las pocas propiedades con las que cuentan, sus terrenos, motos, o animales para cubrir con los gastos, y también se apoyan en las actividades solidarias propiciadas por los vecinos.²¹²

Fernanda es docente por cuenta propia en una comunidad rural en el departamento de San Pedro. A sus 30 años, la enfermedad de su abuelo y sus complicaciones afectaron la economía de la familia:

“En casa también había gastos porque mi abuelo que tenía 74 años estaba enfermo de diabetes, y ya no se movía más. Tuvo un derrame cerebral. Se recuperó, pero después de tres meses volvió a caer y eso le llevó. Vendimos su estancia y nosotros vendimos el taller porque tuvimos que ingresarlo en un centro privado durante siete meses en terapia intensiva, después casi nueve meses en el hospital. Fueron muchos millones. Como mi tío tenía IPS, quiso ingresarlo ahí, pero no lo quisieron aceptar, así que de ahí nos fuimos

de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

²⁰⁵ Información de grupos focales.

²⁰⁶ OMS / OPS. *Gastos directos de bolsillo en salud: la necesidad de un análisis de género*. 2021. Washington, DC. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54668/9789275323540_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁰⁷ Información de grupos focales.

²⁰⁸ Información de grupos focales.

²⁰⁹ Información de grupos focales.

²¹⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

²¹¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades catastróficas son aquellas enfermedades cuyo tratamiento involucra un costo directo mayor al 40% del ingreso del hogar. Estas enfermedades requieren procedimientos complejos tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

²¹² Información de grupos focales.

al privado.”²¹³

En algunos casos, los hogares más pobres terminan siendo los más vulnerables, ya que cuando no se tiene nada de dinero ante la falta de servicios públicos accesibles, el desenlace termina siendo fatal. Tal fue el caso del suegro de Perla, una mujer campesina de 44 años del departamento de Concepción:

“Cuando mi suegro se enfermó, la doctora de la USF quería que lo lleváramos al hospital de los menonitas.²¹⁴ Él necesitaba tratamiento para su corazón, pero no pudimos llevarlo porque no conseguimos transporte y el tratamiento era muy caro. Nosotros solo le controlábamos, le tomábamos la presión, pero al final no se curó, su corazón colapsó. Esa era una enfermedad que no tiene cura, tiene tratamiento, pero no cura definitiva.”²¹⁵

De acuerdo con el Banco Mundial, antes de la pandemia de la COVID-19 un billón de personas en el mundo gastaba más del 10% de sus ingresos en salud.²¹⁶ En general, el vivir en zonas rurales, vivir en situación de pobreza, la presencia de adultos mayores en el hogar, y la falta de aseguramiento en salud se asocian con mayor propensión a sufrir gastos catastróficos en salud.²¹⁷

A nivel internacional, y comparado con países de similar nivel de desarrollo (utilizando, de nuevo, como referencia el IDH), se encuentra que Paraguay es uno de los países donde un mayor porcentaje del gasto corriente total de las familias corresponde al gasto de bolsillo. Casi cuatro de cada PYG 10 que se gasta en salud (38%) en Paraguay proviene del bolsillo de las familias (ver gráfica 8).²¹⁸

De acuerdo con las cifras del Observatorio Global de la OMS, el gasto de bolsillo per cápita de Paraguay para 2020 fue de USD 155 dólares corrientes, lo cual equivale a aproximadamente PYG 1 millón de 2020.²¹⁹ Tomando en cuenta la paridad de poder de compra,²²⁰ a nivel internacional, Paraguay es el país con mayor gasto de bolsillo per cápita (USD PPP 408). Esto quiere decir que no solo el gasto de bolsillo representa más del gasto total en salud, sino que tomando en cuenta la población y el poder adquisitivo del país, es más caro en promedio pagar por servicios de salud

en comparación con otros países con nivel similar de desarrollo (ver gráfica 9).

Las fallas por parte del Estado de proveer servicios gratuitos, debido a la baja disponibilidad de medicamentos, doctores, insumos, tratamientos y demás recursos humanos significa que Paraguay no está cumpliendo cabalmente sus obligaciones de asegurar acceso a la salud equitativo para aquellas personas que no cuentan con un seguro médico, particularmente las más pobres. Ello tiene como consecuencia un gradual proceso de privatización de facto dentro del sistema de salud, ya que las personas tienen que acceder al mercado para poder adquirir —con recursos propios— lo que no se asegura en la práctica desde el Estado.

Cristina, una mujer campesina de 50 años, tuvo que financiar los insumos para su padecimiento de su bolsillo:

“No hay nada gratis, jeringas, guantes, gasas; todo hay que comprarlo y la farmacia que está enfrente del hospital público se beneficia, te mandan allí a comprar y se vuelve rica. Yo me tuve que operar y tuve que pagar para no morir PYG 6 millones (USD 840).”²²¹

Celia es una líder comunitaria de la comunidad rural de Jasy Kañy. En su comunidad, las personas se organizan ante una enfermedad o situación catastrófica: “Toda la comunidad se organiza, cuando alguien se enferma, es con colaboración que se ayuda, polladas, hamburguesas, maratón vecinal por las radios comunitarias. La comunidad es solidaria y ya salvó muchas vidas.”²²²

Ante la falta de insumos y acceso económico del sistema de salud público, las personas entrevistadas declaran realizar actividades autogestionadas para el cuidado de las personas en la comunidad, como rifas y venta de comida —las llamadas “polladas.”²²³ La organización social y un mercado precario suplen las brechas generadas por las brechas existentes de la política y el sistema de salud en materia de disponibilidad y gratuidad.

²¹³ Información de grupos focales.

²¹⁴ Hospital privado.

²¹⁵ Información de grupos focales.

²¹⁶ Banco Mundial. *More than half a billion people pushed or pushed further into extreme poverty due to health care costs*. The World Bank. Disponible en (Consultado el 30 de agosto de 2023)

²¹⁷ Felicia Marie Knaul, et al. Gastos catastróficos en salud de los hogares: un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. *Salud pública Méx* vol.53 supl.2. 2011

²¹⁸ World Health Organization, *The Global Health Observatory*, Out of Pocket Expenditure as percentage of current health expenditure (CHE)(%), [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-\(che\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)) (Consultado el 10 de mayo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente.

²¹⁹ World Health Organization, *The Global Health Observatory*, Out of Pocket Expenditure (OOP) per capita in USD, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-\(oop\)-per-capita-in-usd](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-(oop)-per-capita-in-usd) (Consultado el 10 de mayo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente.

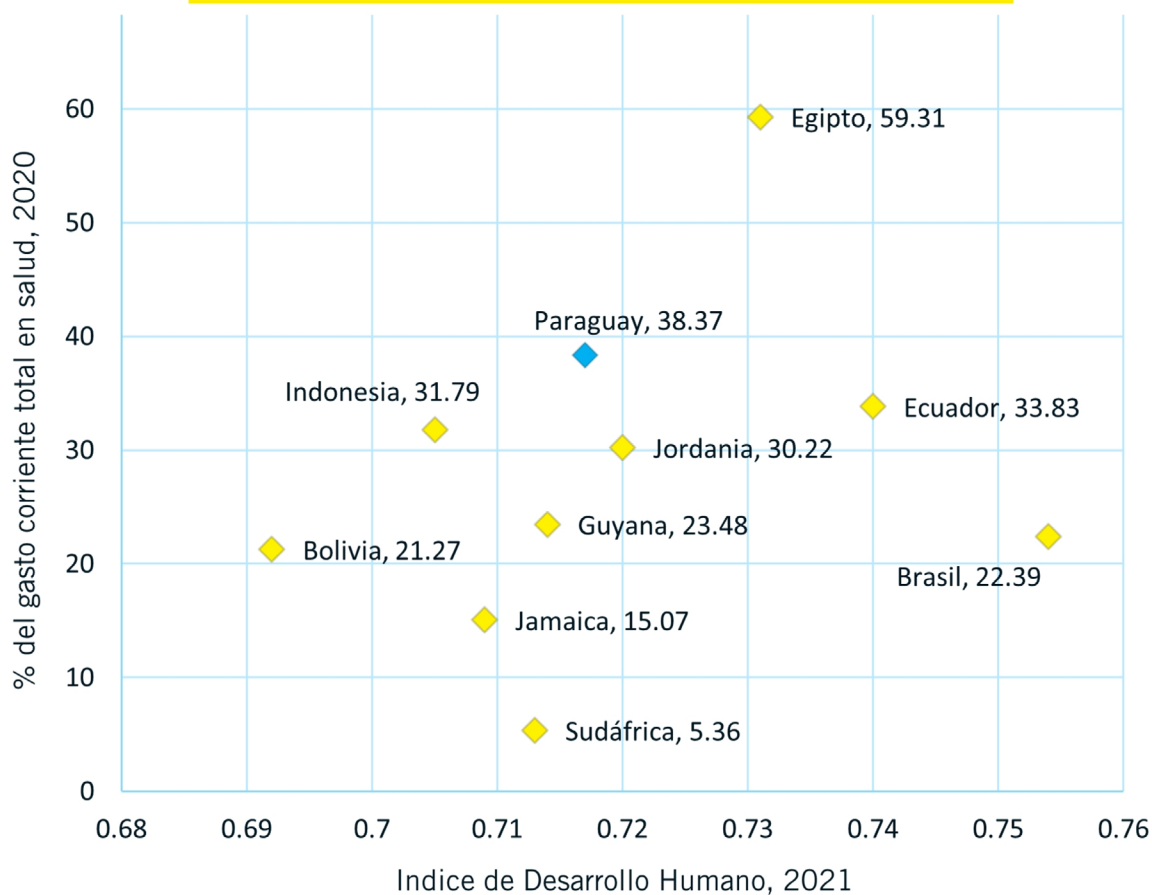
²²⁰ Dólares internacionales ajustados a Paridad de Poder de Compra.

²²¹ Información de grupos focales.

²²² Información de grupos focales.

²²³ Información de grupos focales.

GRÁFICA 8. GASTO DE BOLSILLO, 2020



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en el Observatorio Global de Salud de la OMS y el Índice de Desarrollo Humano.

Caja 2. La historia de Felipa: la falta de gratuidad y acceso económico a la salud afecta a quienes más la necesitan.²²⁴

Felipa tiene 44 años y vive en el Bañado Tacumbú, un barrio de Asunción. Su hogar, cerca de la vera del río Paraguay, es una vivienda de madera con piso de tierra, de un solo cuarto dividido por un armario. La cocina está al aire libre. El techo es de lámina y tiene muchas goteras. Lleva diez años viviendo en el Bañado.

Tiene cuatro hijos, tres niños de 12, 16 y 17 años, y una niña de 14. Ella se encarga casi por completo de los cuidados de su familia. Está muy orgullosa de ellos porque, a pesar de todas las dificultades económicas del hogar, siguen estudiando y, además, uno de ellos trabaja reciclando

basura. Crecer en el barrio es difícil, dado el contexto de adicciones entre los jóvenes.

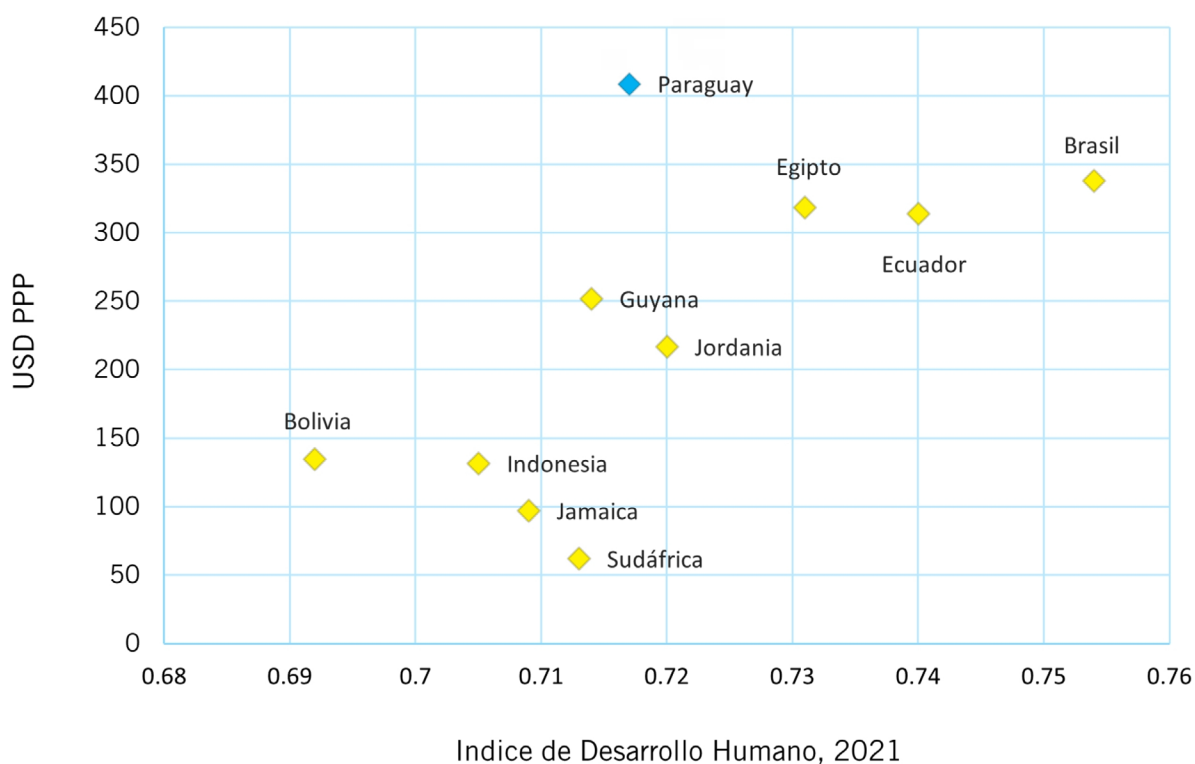
Felipa relató a Amnistía Internacional que sufre de diabetes y cáncer de cuello uterino. Recién la diagnosticaron en diciembre de 2022. Desde 2015, los médicos le dijeron que tenía indicios de esta enfermedad, pero ella no tenía ni tiene ninguna red de apoyo familiar y no cuenta con ningún programa social ni acceso a seguridad social, así que no buscó tratamiento. Aunque el cáncer cérvico uterino puede prevenirse o atenderse eficazmente si se detecta tempranamente, de acuerdo con el MSPBS, el cáncer es la segunda causa de muerte y la primera causa de muerte temprana²²⁵ en el país.

Hace unos meses había empezado su tratamiento en el IN-

²²⁴ Entrevista realizada por Amnistía Internacional el 13 de marzo de 2023. Realizada en idioma español. Todos los nombres han sido cambiados por pseudónimos.

²²⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Atlas de mortalidad por cáncer en Paraguay 2015-2019*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/portal/26959/nueva-edicion-de-atlas-de-mortalidad-por-cancer-en-paraguay.html> (Consultado el 23 de noviembre de 2024).

GRÁFICA 9. GASTO DE BOLSILLO PER CÁPITA, 2020



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en el Observatorio Global de Salud de la OMS y el Índice de Desarrollo Humano.

CAN (Instituto Nacional del Cáncer) donde le habían realizado todos los estudios necesarios. Su resonancia magnética la había realizado en una clínica privada y le costó PYG 780,000 (USD 107). No ha podido hacerse los estudios en el Ministerio de Salud porque la máquina estaba descompuesta.

Actualmente, Felipa lleva un año sin empleo. Antes era trabajadora del hogar, pero dejó de trabajar desde que los síntomas de su enfermedad empeoraron y le comenzó a doler la cintura. Aun así, Felipa contó a Amnistía Internacional que la resonancia magnética que se hizo en un proveedor privado costó casi todo el pago mensual que solía recibir cuando tenía empleo —PYG 800,000 (USD 109).

Para poder pagar eso, organizó una pollada²²⁶ para recau-

dar dinero. Su mamá le ayudó a cocinar y compraron algunas bolsas de pollo. Prácticamente, es la única fuente de ingresos de su hogar, vendiendo alguno de sus animales para eventos o fiestas patronales: gallinas, cabras y algunos cerdos. Le preocupa su situación económica porque sus ingresos no alcanzan para cubrir todo lo necesario.

Gracias a los contactos de un conocido médico en el Ministerio de Salud, había podido reducir los costos de sus estudios, ya que el precio en las clínicas privadas para hacer su segunda resonancia magnética es de hasta PYG 1.5 millones (USD 205), pero gracias a él ella había pagado solo la mitad. Ahora se tiene que hacer una biopsia en el Instituto Nacional del Cáncer, donde posiblemente tendrá que pagar la anestesia y los analgésicos de su propio bolsillo. Le habían dicho en el hospital que no tenían esos medicamentos

²²⁶ Las polladas suceden durante emergencias médicas cuando vecinos, familiares y/o compañeros de trabajo se organizan para cocinar y vender pollo para obtener ingresos para la atención de una persona enferma.

disponibles. Al considerar que ahora solo obtiene ingresos por vender sus animales, un medicamento de PYG 50,000 (USD 7) es demasiado caro.

Felipa comenta que a veces hay medicamentos en el INCAN pero otras veces no. Para ir al INCAN, Felipa tiene que tomar cuatro ómnibus, dos de ida y dos de regreso. Pero si el dolor es insoportable, tiene que tomar transporte privado, el cual cuesta PYG 150,000 (USD 21).

Aunque está lista para continuar con su tratamiento, le preocupan sus hijos. Le ha costado mucho comprarles todas las cosas que necesitan para ir a la escuela. Si no tiene suficiente dinero para sobrellevar su gasto en medicamentos y la manutención de sus hijos, dejará el tratamiento: “No traté mi cáncer porque tenía que dar de comer a mis hijos y no podía dejar de trabajar. Si ahora tengo que elegir entre mi tratamiento y darles de comer, dejaré el tratamiento.”

3.2.2.3. Dimensión de no discriminación

De acuerdo con el artículo 2 del PIDESC, los Estados parte deberán garantizar los derechos económicos, sociales y culturales sin discriminación por, raza, color, sexo, idioma, religión, posición social, situación económica, impedimentos físicos o mentales, estado de salud, orientación sexual, entre otros. Además, de acuerdo con la Observación General N.º 14, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles “de hecho y derecho”, para los sectores más vulnerables y marginados de la población, que incluyen también a los determinantes de la salud.²²⁷

Una de las obligaciones de carácter general señaladas en la Observación General N.º 14 es la obligación inmediata de garantizar el ejercicio del derecho a la salud sin discriminación alguna, con medidas deliberadas y concretas. Además, los Estados tienen la obligación específica de abstenerse de imponer prácticas discriminatorias con relación al estado de la salud.²²⁸

La misma observación señala que los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y garantizar la atención de la salud a quienes carezcan de medios

suficientes.²²⁹ Asimismo, “una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a discriminación que tal vez no sea manifiesta.”²³⁰

En materia de acceso, existen brechas importantes entre grupos considerados vulnerables o históricamente marginados. De acuerdo con la EPHC 2022, a nivel nacional el 72% de la población paraguaya no contaba con seguro médico; sin embargo, este porcentaje se incrementa al 94.6% para las personas en situación de pobreza. Adicionalmente, el 76% de los menores de cinco años no cuentan con seguro médico (ver tabla 6).²³¹

Adicionalmente, en la intersección entre los grupos históricamente vulnerables y sus determinantes de la salud, Amnistía Internacional analizó los datos de la EPHC para 2022, que muestran que las personas en situación de pobreza tienen una mayor prevalencia de tener desagüe inadecuado en sus viviendas, un mayor porcentaje de viviendas que cocinan con leña y prácticamente nueve de cada diez personas se encuentran en el sector informal de la economía. Adicionalmente, los adultos mayores tienen mayores prevalencias en materia de falta de acceso a desagüe inadecuado y a cocinar con leña y junto con las mujeres, mayores tasas de informalidad (ver tabla 7).²³²

Por otro lado, de acuerdo con datos de la EUT 2016, siete de cada diez personas con discapacidad no tienen seguro de salud, una tasa de cobertura similar a la reportada por personas que declaran no tener alguna discapacidad; sin embargo, tomando en cuenta las necesidades especiales y los tratamientos especializados que tendrían que requerir, se esperaría tener una cobertura de salud mucho mayor.²³³

Personas de pueblos indígenas y/o que viven en el ámbito rural

En términos de identidad étnico-racial, las últimas cifras disponibles del Instituto Nacional de Estadística al 2017, las personas que se adscriben como parte de algún pueblo indígena tienen, en promedio, menor acceso a seguro médico: el 85.1% de la población indígena no cuenta con ningún seguro.²³⁴ Con la información del Censo 2012 —la última disponible al cierre de este informe antes de la publicación del Censo 2022— los departamentos con mayor

²²⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12.

²²⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12.

²²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 18.

²³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 19.

²³¹ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Datos Abiertos. Encuesta Permanente de Hogares*, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

²³² Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, “Datos Abiertos”, Encuesta Permanente de Hogares, <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

²³³ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay, *Encuesta Sobre Uso del Tiempo (EUT) 2016*, <https://www.ine.gov.py/microdatos/Encuesta-sobre-uso-del-tiempo.php> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

²³⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay. *Población total indígena por sexo, según año de la encuesta y tipo de seguro médico. Periodo 2016-2017*. Disponible en https://www.ine.gov.py/assets/documento/fe06fPoblacion%20indigena_salud_tipo%20de%20seguro%20medico_py_EPH%202016_2017.xls (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

TABLA 6. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE SEGURO MÉDICO Y GRUPOS SOCIALES, 2022

	IPS	Privado	Otros seguros públicos	No tiene
Nacional	19.60%	5.90%	1.80%	72.70%
Sexo				
Hombres	19.80%	5.50%	1.80%	72.80%
Mujeres	19.30%	6.40%	1.70%	72.30%
Situación de pobreza				
Pobreza	4.37%	0.56%	0.46%	94.61%
No pobreza	24.58%	7.72%	2.19%	65.49%
Rangos de edad				
Menores de 5 años	16.48%	4.69%	2.12%	76.71%
Mayores de 65 años	30.25%	6.09%	2.21%	61.45%

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC 2022.

porcentaje de personas indígenas sin seguro son Guairá (97%), Caazapá (98%), e Itapúa (98%), aunque en la mayoría de los departamentos (excepto en Presidente Hayes y Boquerón), la prevalencia de población indígena sin acceso a seguro de salud es superior al 90%.²³⁵

En materia de barreras de acceso por los que las personas no asisten a consulta médica, con los últimos datos con desagregación para la población indígena provenientes de la EPHC 2016, se encuentra que el 11.5% de la población indígena no acudió a consulta porque no existe atención cercana, mientras que el 3.7% señaló que las consultas

son muy caras.²³⁶ En contraste, para el mismo año, la EPHC 2016 encuentra que a nivel nacional solo el 1.2% de las personas señalan como barrera que no existe atención cercana y el 1.4% que las consultas son muy caras.²³⁷ Aunque no se tienen datos actualizados que permitan ver avances producto del establecimiento de más USF, con la información que se tiene al momento se encuentra que la población indígena enfrenta más barreras para poder acceder a las consultas en establecimientos de salud.

La población rural de los grupos focales también declara haber sufrido tratos inadecuados desde las instituciones

²³⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay. *Censo Nacional de Población y Viviendas para pueblos Indígenas por Departamento, 2012. Censo Nacional de Población y Viviendas 2012*. <https://www.ine.gov.py/publicacion/33/censo-nacional-de-poblacion-y-viviendas-2012> (Consultado el 30 de marzo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la fuente.

²³⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay. *Población indígena enferma o accidentada que no consultó por sexo, según año de la encuesta y motivo de la no consulta (%)*. Período 2016-2017. Disponible en https://www.ine.gov.py/assets/documento/be3c4Poblacion%20indigena_salud_enferma%20o%20accidentada%20que%20no%20consulto%20por%20sexo,%20segun%20motivo%20de%20la%20no%20consulta_py_EPH%202016_2017.xls (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

²³⁷ Instituto Nacional de Estadística (INE) de Paraguay. *Población enferma o accidentada que no consultó por área de residencia, según motivo de la no consulta (%)*. Año 2016. Disponible en https://www.ine.gov.py/assets/documento/22c57Salud_motivo%20de%20la%20no%20consulta_py_EPH%202016.xls (Consultado el 23 de noviembre de 2023)

TABLA 7. PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE SEGURO MÉDICO Y GRUPOS SOCIALES, 2022

	% de personas sin provisión de agua las 24 horas	% de personas sin desagüe adecuado	% de personas en viviendas donde cocinan con leña	% de personas con estatus laboral de informalidad
Nacional	9.60%	31.40%	18.60%	63.40%
Sexo				
Hombres	9.40%	32.43%	19.89%	61.72%
Mujeres	9.77%	30.68%	17.27%	65.50%
Situación de pobreza				
Pobreza	9.65%	50.63%	37.57%	90.64%
No pobreza	9.57%	25.40%	12.37%	59.80%
Rangos de edad				
Menores de 5 años	9.33%	33.39%	16.46%	NA
Mayores de 65 años	9.11%	33.89%	27.26%	72.34%

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando los microdatos de la EPHC 2022.

públicas. Manuel, un campesino de 63 años del departamento de Concepción, reconoce a la salud como un derecho, pero señala que “tiene que ser un derecho, pero en nuestro país se nos arrebató.”²³⁸

Caja 3. La historia de Lila: ineficiencia, discriminación e indiferencia en el sistema de salud.²³⁹

Lila tiene 50 años, y su esposo, Silvio, tiene 51 años. Viven en una aldea donde residen alrededor de 400 personas indígenas que forman parte de la comunidad de El Estribo del Pueblo Enxet, en el departamento de Presidente Hayes. Son originarios de Makxawáya. Silvio habla enxet (una lengua indígena), guaraní y un poco de español, mientras que Lila solo habla enxet y apenas entiende algo de español.

La pareja vive con su hijo de 19 años. Tanto Silvio como él trabajan como jornaleros en Mariscal Estigarribia, a poco más de 200 kilómetros de su comunidad. Ellos se van durante un mes para trabajar en el campo. Entre los dos ga-

²³⁸ Información de grupos focales.

²³⁹ Entrevista realizada por Amnistía Internacional el 14 de marzo de 2023. Esta historia requirió de dos traducciones previas, del idioma Enxet, al guaraní, y posteriormente al español. Por este motivo, no refleja toda la expresividad de las dos lenguas indígenas con fuerte sentido metafórico. Todos los nombres han sido cambiados por pseudónimos.

nan entre PYG 3 millones y PYG 4 millones al mes (entre USD 420 y USD 550). Lila trabaja la tierra familiar, la chacra, y cuida de sus gallinas. Con eso pueden vender sus alimentos y consumir lo que producen: sandía, maíz y batata.

La pareja relató a Amnistía Internacional su experiencia vivida en el sistema de salud. Un accidente en febrero de 2023 cambiaría las cosas por completo para Lila y su familia. El 1 de febrero de 2023, Lila conducía su moto cuando la sorprendió una fuerte lluvia. Se cayó y se fracturó la pierna. Como el accidente ocurrió cerca de su hogar, una persona de su comunidad la llevó en moto hasta el hospital más cercano, de Irala Fernández, al noroeste de Paraguay y a una hora de distancia de donde vivían.

En el hospital la revisaron, pero le dijeron que “no era nada grave” y solo le recetarían analgésicos para el dolor y reposo. Después de varios días, el estado de Lila empeoró. Su esposo e hijo se habían ido por varios días y solo tenía a una sobrina que podía ayudarlo. Seis días después del accidente, Silvio regresó a casa, y la encontró sin poder caminar ni levantarse, en muy mal estado.

Silvio habló con el médico del hospital de Irala donde habían atendido a Lila y le habían solicitado una ambulancia. Esta llegó casi diez horas después. Después de cinco horas en el hospital de Irala, les informaron que no podían atenderla. Pasaron las horas, y Lila fue trasladada a otro hospital, en Villa Hayes, a aproximadamente 400 kilómetros de su hogar. Solo le administraron suero y antibióticos, nada más. Al día siguiente volvió de nuevo a ser trasladada al hospital de Mariano Roque Alonso, en el departamento Central. Tuvo que pasar una semana después del accidente para que al fin le hicieran una radiografía y le pudieran detectar la fractura. Las autoridades le dijeron que no podían atenderla y que tendría que buscar en otro lado.

La pareja fue enviada de regreso desde Mariano Roque Alonso al hospital de Villa Hayes, donde les volvieron a negar la atención. Silvio cuenta que, con tratos inadecuados, el personal médico trató de desalojarlos de las instalaciones. De mala gana, el médico del hospital le dio el alta médica y les entregó “un papel” (el diagnóstico) en español. Ninguna de las autoridades les apoyó en traducir, interpretar ni explicar el diagnóstico ni las indicaciones.

Con la ayuda de terceros, lograron interpretar las indicaciones del médico. Lila necesitaba una pieza de platino para poder ser operada, y debían obtener una orden dirigida a la Dirección de Beneficencia y Ayuda Social —un organismo público que otorga insumos para medicina de alta complejidad— para obtenerla. Gracias al apoyo de una organización de la sociedad civil, la pareja recibió asesoramiento legal, así como ayuda y les proporcionó transporte para ir a Asunción y realizar los trámites.

Lila y Silvio llevan más de tres semanas en un albergue de

una ONG en Asunción. Tienen que esperar un mes más en la ciudad para que la Dirección de Beneficencia y Ayuda Social les dé la pieza de platino que les falta. Adquirir este insumo a través de privados está fuera de sus posibilidades económicas. Lila sigue sintiendo mucho dolor: “No me hallo.” Ella no se siente bien y quiere regresar ya a su comunidad. Viven en la incertidumbre. No saben a la fecha dónde se va a operar, dónde pueden recibir atención si Lila tiene mucho dolor y cuándo podrán obtener la pieza de platino.

El accidente de Lila afectó no solo su economía familiar sino su bienestar emocional. Solo en medicamentos, han gastado alrededor de PYG 700,000 (USD 96), lo que equivale aproximadamente al 50% de lo que gana Silvio en un mes de trabajo. Normalmente, cuando las cosas van bien, la familia logra ahorrar un poco. Sin embargo, desde el accidente, ni Silvio ni su hijo han podido generar ingresos como jornaleros, ya que Silvio la acompaña y su hijo cuida la chacra.

Además de los impactos en su salud física e ingresos, el accidente y la posible negligencia por parte de las autoridades han afectado su salud mental.

Su familia extendida y los miembros de la comunidad donde viven les han apoyado con sus gastos desde que Lila estaba en el hospital de Villa Hayes. Sin embargo, muchos trabajadores de su aldea han dejado de percibir ingresos debido a que sus tierras han sido inundadas. Si los gastos continúan aumentando, no tienen ninguna manera de sufragarlos.

Su expectativa era recibir atención médica rápida. La pareja cree que, si hubieran atendido a Lila en su primer contacto con el sistema de salud, su problema se habría resuelto más rápidamente, pero la pareja concluye que parece que la norma desde el Estado, siempre es “primero hacer sufrir a los indígenas y luego atenderlos, solo pedimos que nos atiendan correctamente.”

Población LGBTI

Un grupo que enfrenta desigualdades estructurales significativas en Paraguay del cual prácticamente no existen datos ni censos es el de la población LGBTI. Dentro de las entrevistas realizadas en los grupos focales, la población perteneciente a este grupo señala como las principales barreras de acceso los temas de cultura y falta de reconocimiento a sus derechos y señalan marcadas barreras de discriminación por su orientación sexual e identidad de género, que magnifican las barreras de acceso y disponibi-

lidad que sufren la mayoría de las personas paraguayas.²⁴⁰

Patricio es una persona LGBTI de 28 años que vive en Asunción. Aunque vive en la capital, donde se concentra la infraestructura médica, sobre su acceso a la salud señala que “es un derecho, pero no se cumple, hay mucha discriminación.”²⁴¹ En la misma línea, Mariana, mujer transgénero de 48 años que también vive en Asunción, señala con más especificidad la problemática que enfrenta con los profesionales de la salud cuando asiste al doctor: “Claro que (la salud) es un derecho, pero la gente del sistema de salud es discriminativa (sic) con las mujeres trans. Muchas veces son intolerantes. Necesitamos que todos los profesionales tengan enfoque de diversidad, para tratar a las mujeres trans. No saben cómo tratarlos.”²⁴²

La discriminación a la población LGBTI es estructural, y afecta a este grupo de manera diferenciada, lo que genera barreras para el cumplimiento del derecho a la salud en términos de disponibilidad, accesibilidad y exigibilidad. Vanessa es una lideresa comunitaria de 36 años que vive en el departamento de Amambay. Como mujer trans, el apoyo de su comunidad fue fundamental para poder hacer frente a los gastos médicos: “Yo me enfermé mal, mis compañeras hicieron comidas y vendieron ropas usadas para comprarme mis remedios.”²⁴³

Carolina es una mujer trans que forma parte de una organización de personas LGBTI en Asunción. A sus 38 años y con un empleo precario, se ha dado cuenta de que la única manera de acceder a sus derechos es la organización: “No importa que te plaguees (quejes), ningún funcionario te hace caso, hay que exigir al Ministerio de Salud, a la Municipalidad, y demás instituciones del Estado para que se pueda garantizar la salud, gratuita y de calidad.”²⁴⁴

En zonas urbanas, las entrevistas de los grupos focales reflejan que la población perteneciente a organizaciones vinculadas a la salud relaciona la participación con incidencia a nivel del MSPBS. En el caso de las poblaciones de la diversidad, la salud y la no discriminación son parte de su agenda de lucha. Lina, otra líder comunitaria de 26 años de un grupo de mujeres trans en Asunción, comenta sobre la lucha que han tenido las mujeres trans para lograr un reconocimiento de su identidad por parte de las autoridades de salud: “Nosotras conseguimos que el MSPBS emitiera una resolución para reconocer nuestro nombre social. Nos llamaban por el nombre de varón, y pasábamos mucha vergüenza. Ahora, podemos exigir que cumplan la resolución.”²⁴⁵

Caja 4. La historia de Marisa: las desigualdades que vive la población trans y su falta de acceso a la salud.²⁴⁶

Marisa nació en 1980, en el barrio San Pablo, otrora Stroessner, uno de los barrios más populares y poblados de Asunción. Tiene dos hermanas del lado de su madre y cinco hermanos de su padre. Su tío la cuidó desde niña, ya que su madre tenía problemas de salud. Marisa contó a Amnistía Internacional que, durante su adolescencia, ella definió su orientación sexual y poco después su identidad de género como una mujer trans. Al principio sus tíos —con quienes ella vivía— no le aceptaban y trataron de “convertirla”. A pesar de los problemas familiares, a sus 17 años Marisa comenzó su proceso de transición de identidad.

Cuando inició su tratamiento hormonal, Marisa era una bailarina de una compañía de teatro y danza. A los 18 años salió de su casa porque sus tíos no aceptaban su identidad de género. Desde muy chica, enfrentó los problemas que millones de mujeres trans viven cada día. Por la discriminación y exclusión laboral ella comenzó a ejercer el trabajo sexual para financiar su tratamiento hormonal. Eventualmente, tuvo que suspender el tratamiento hormonal porque hizo estragos en su riñón ya que no tuvo asesoramiento médico de ningún tipo.

Marisa relató a Amnistía que en 2003 fue diagnosticada con linfoma de Hodgkin. Primero le salió en su rostro. En una revisión con un dentista privado, se dieron cuenta de que las molestias en su boca no se debían a problemas dentales, sino a un tumor maligno. Una biopsia en el Ministerio de Salud confirmó el diagnóstico.

Cuando le hicieron sus estudios diagnósticos, pagó casi PYG 600,000 (USD 83) para el contraste de una tomografía, ya que no había materiales en el hospital. No había jeringas, algodón, ni curitas. A pesar de que le extrajeron el primer tumor, se quedó “algo del cáncer” y volvió a salirle otro, ahora en el brazo y axila, por lo que tuvo que tomar sesiones de quimioterapia en el INCAN en agosto de 2021. Inicialmente, le pronosticaron cinco años de vida. Actualmente Marisa sigue tomando sus sesiones de quimioterapia, seis ambulatorias y seis con internación.

Debido a que en la clínica pública no tenían ni insumos básicos ni medicinas, Marisa tuvo que comprar de su bolsillo sus jeringas, medicinas, y otros insumos para sus defensas. A pesar de que la doctora de la clínica le recomendó donde comprar “barato”, el gasto fue de PYG 1.2 millones (USD 205). Para poder pagar por sus medicinas, Marisa tuvo que

²⁴⁰ Información de grupos focales.

²⁴¹ Información de grupos focales.

²⁴² Información de grupos focales.

²⁴³ Información de grupos focales.

²⁴⁴ Información de grupos focales.

²⁴⁵ Información de grupos focales.

²⁴⁶ Entrevista realizada por Amnistía Internacional el 16 de marzo de 2023. Realizada en idioma español. Todos los nombres han sido cambiados por pseudónimos.

vender comida —organizar polladas y hamburgueseadas— para poder conseguir recursos. Ella y sus amistades iban de casa en casa vendiendo.

Marisa tiene miedo. Ella menciona que, si no puede comprar sus medicinas y llevarlas a la clínica, le cancelarían las sesiones de quimioterapia. Ya le habían cancelado dos —una por anemia y otra porque sus defensas estaban muy bajas— y las consecuencias sobre su salud podrían ser fatales. Tiene que comprar seis medicamentos para sus próximas quimioterapias. En el hospital, le han pedido estas medicinas porque la quimioterapia la puede matar por sus defensas bajas.

Marisa comenta que, en la sala de quimioterapia, dividen a las personas entre hombres y mujeres. Marisa comenta que la han dejado en la sala de mujeres cuando va al tratamiento ambulatorio. Sin embargo, también menciona que, en tratamiento de internación, la han dejado en la sala de hombres. Pese a ello, ella comenta que los otros pacientes y doctores la han tratado respetuosamente. A Marisa le hubiera gustado más que la internaran con las mujeres, aunque ya está acostumbrada a que la pongan con los hombres. En el sistema jurídico paraguayo no se tiene derecho al reconocimiento de la identidad de género, aunque existe una resolución del MSPBS por la que se reconoce el uso del nombre social. El titular del expediente dice “Marisa X” (su nombre social), aunque tiene su nombre legal en letras pequeñas. Por lo general, los médicos utilizan su nombre social.

Sin embargo, Marisa también ha recibido tratos inadecuados en su experiencia en el sistema de salud. Cuando le hicieron algunos estudios en el Ministerio de Salud, la han desnudado completamente y los doctores se han burlado de ella diciendo cosas como “este tiene pechos.” Marisa lloró, pero no les dijo nada. No podía, solo quería que todo acabara lo más rápido posible.

El estilo de vida de Marisa ha cambiado radicalmente desde que sufre de cáncer. “No puedo salir casi a ningún lado. La doctora ya me dijo que mis huesos son de cristal.” El perder su pelo por la quimioterapia y estar aislada a veces la pone triste. Por estas cuestiones dejó de ir a la escuela y generalmente solo sale acompañada. El 8M de 2023 Marisa participó en una pequeña puesta en escena. La actuación es algo que le pone feliz: ella sueña con ser una actriz de telenovela y ser la primera actriz trans paraguaya.

Para Marisa es fundamental que los hospitales tengan más insumos y medicamentos para que así las personas con

padecimientos como los de ella no vean afectados sus medios de vida e ingresos para poder acceder a un tratamiento adecuado.

Ante la falta de disponibilidad en los servicios públicos de salud, la organización de personas y colectivos que enfrentan desigualdades son fundamentales para poder exigir el derecho a la salud. Las comunidades, entendidas territorialmente y como adhesión de una población específica por características/condiciones similares, manifestaron la importancia de presionar e incidir en el Estado con el fin de mejorar el servicio de salud. Las expresiones de exigibilidad de las personas que están asociadas (organizaciones vecinales, comunitarias, ONG, etc.), son de carácter más estructural, habitualmente se refieren a políticas públicas, y suelen ir más allá del ámbito de los dispositivos de salud para incidir en las entidades rectoras ejecutivas como el MSPBS y las autoridades.

3.2.3. Calidad y aceptabilidad

De acuerdo con la Observación General N.º 14, la calidad y aceptabilidad se refiere al cumplimiento por parte de los establecimientos de salud de ciertos requisitos de tipo cualitativo con los sujetos de derecho. En términos de aceptabilidad, el ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados, adaptados a las necesidades de grupos minoritarios, sensibles al género, respetar la confidencialidad, entre otros.²⁴⁷ En términos de calidad, el tener servicios apropiados desde el punto de vista científico y médico, que se traduce en personal capacitado, equipo médico en buenas condiciones, agua limpia potable, entre otros.²⁴⁸

En el caso de la percepción de la población entrevistada en los grupos focales sobre la calidad del servicio prestado por las USF en las comunidades rurales, las personas mencionaron que, además de todas las barreras de acceso mencionadas anteriormente, la calidad ha empeorado en los últimos cinco años. A pesar de ello, las personas entrevistadas reconocen que el acceso mejoró con la creación de la APS en el 2008, y existe reconocimiento y adscripción a los equipos de salud familiar en los territorios.²⁴⁹

²⁴⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12. Disponible en https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023).

²⁴⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 12. Disponible en https://www.escri-net.org/es/recursos/observacion-general-no-14-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-salud-articulo-12#_edn1 (Consultado el 17 de agosto de 2023).

²⁴⁹ Información de grupos focales.

Arcelia es una lideresa comunitaria de 38 años que vive en una zona rural en el departamento de Canindeyú. Aunque reconoce que no se le ha negado el acceso en su comunidad, una de las principales barreras es la falta de información útil para las personas usuarias sobre sus derechos: “Nunca nos negaron atención aquí en la comunidad, pero si te vas a Curuguaty o a otro lugar sí y te tratan mal. No avisan sobre los programas que hay vigentes, ni dan información, al principio empezaron, pero luego terminó, y ya no tienes información.”²⁵⁰

Además del manejo de la información hacia las personas usuarias, las personas en diversos grupos y entrevistas declararon que el manejo de la información personal y la confidencialidad de las personas pacientes es deficiente. Valeria es una promotora de la salud de 36 años que reside en una comunidad rural en el departamento de San Pedro. En su experiencia, existe desconfianza por parte de las pacientes mujeres ya que: “Los profesionales de salud, no están debidamente formados. No respetan la confidencialidad, por eso en varias ocasiones las personas prefieren ir a otro servicio, porque difunden los resultados de las mujeres.”²⁵¹

Esto no solo es exclusivo de las mujeres. Benito es un joven de 28 años que vive en una ciudad del departamento de Itapúa. Como persona LGBTI, reconoce que las personas que atienden en los servicios de salud de su comunidad no están preparadas correctamente en materia de no discriminación y respeto a las necesidades de diversos grupos: “Los gais no queremos recibir nuestros medicamentos en la comunidad, porque hay estigma y discriminación. El personal de la USF necesita estar más capacitado en confidencialidad y en enfoque de derechos humanos.”²⁵²

La falta de un abordaje que tome en cuenta las experiencias y necesidades específicas de diferentes grupos vulnerables o que han sufrido de desigualdad estructural también se manifiesta en las mujeres indígenas. Un artículo publicado en 2022 en la revista científica sobre enfermería de Nure Investigación realizó un estudio en diversas comunidades indígenas a través de grupos focales y entrevistas a profundidad y encontró que existen barreras de tipo económico, cultural y de provisión de infraestructura que están relacionadas con las necesidades insatisfechas de las mujeres indígenas que utilizan servicios maternos perinatales.²⁵³

Entre las barreras reportadas en los grupos focales realiza-

dos por Amnistía Internacional destaca la falta de atención en el servicio en guaraní o en las lenguas que hablan las personas usuarias, falta de información médica en sus lenguas, falta de conocimiento de cómo funcionan los partos en la comunidad, falta de comunicación entre pacientes y profesionales de la salud, e infraestructura inadecuada para poder brindar una atención que tenga un abordaje intercultural.²⁵⁴

En materia de calidad de la APS, un estudio publicado por el Instituto de Investigaciones en Ciencias de Salud en 2016²⁵⁵ sobre las USF en cinco regiones sanitarias en Paraguay reveló que existen brechas en la preparación de estos establecimientos en materia de infraestructura, equipos, medicamentos y diagnóstico. Mientras que el 27% de las USF estudiadas en zonas urbanas tenía un nivel alto de preparación en estos rubros, solo el 6% de ellas se encontraba en la misma situación en zonas rurales.

Un ejemplo de la baja preparación de los establecimientos y del personal médico de primer nivel de atención en zonas rurales es el caso de Francisca, una lideresa comunitaria de 43 años que vive en el departamento de Canindeyú, y que tuvo que pasar muchas dificultades por la falta de calidad de los servicios en la atención a su hija: “Mi experiencia es que fui a sacrificarme. Llevé a mi hija de 17 años a la USF porque le salió un quiste en la pierna, un fuego San Antonio, y de ahí nos mandaron al centro de salud de la comunidad. Me atendió un doctor que no sabía lo que era, me dijo que primera vez que veía eso, y me dio una orden para análisis. Pero me dijeron que solo algunos días se hacían análisis, y los viernes solo para las embarazadas. Me fui al privado a hacerle los análisis, y luego volví al hospital público tres veces porque no me atendieron, al final le tuve que enviar los resultados al médico por mensaje.”²⁵⁶

Además de la falta de calidad y accesibilidad, existen problemas en materia de rendición de cuentas y de canalización de las inconformidades que tienen los pacientes del sistema de salud. Las personas entrevistadas de los grupos focales que han tenido problemas de acceso y/o maltrato de parte del personal de la salud, y han realizado denuncias, lo han hecho fundamentalmente llamando a la prensa local, y en algunos casos, pidiendo audiencia al director del hospital y/o el director de la APS Regional (tiene oficinas en los hospitales regionales).²⁵⁷

En la mayoría de los casos mencionados en los grupos fo-

²⁵⁰ Información de grupos focales.

²⁵¹ Información de grupos focales.

²⁵² Información de grupos focales.

²⁵³ Guiomar Viveros et al. Percepciones, prácticas y actitudes de los profesionales del sistema de salud y las comunidades indígenas sobre la pertinencia cultural de los servicios materno-perinatales en zonas rurales del Paraguay. 2019-2020. *Nure Investigación* 19 (117). 2022. Asunción.

²⁵⁴ Información de grupos focales.

²⁵⁵ Edgar Giménez-Caballero; María Gloria Amarilla; César González-De-Mestral, y José Modesto Araujo-Quevedo. *Evaluación de disponibilidad y preparación de servicios de salud en el primer nivel de atención de cinco regiones sanitarias del Paraguay durante 2022. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud Vol. 20 No. 3. Diciembre 2022.* Asunción

²⁵⁶ Información de grupos focales.

²⁵⁷ Información de grupos focales.

cales²⁵⁸ no se realizan denuncias, y los motivos que alegan son el desconocimiento del mecanismo para realizarlo y/o la falta de expectativa de que se solucione el problema. Este fue el caso de Cinthya, estudiante de 24 años del departamento de San Pedro quien menciona la complicidad que existe dentro del sistema de salud para poder dar seguimiento a las quejas: “Muchas veces no se quiere hacer eso porque hay una rosca, y se protegen entre ellos, entonces la gente se calla nomás ya. Acá, por ejemplo, ese es el método. Solo funciona cuando tienes contacto con alguien poderoso, sino no corre. No hay instancias para reclamar los casos de maltrato, y se tiene que recurrir a la prensa y denunciar para que te hagan caso.”²⁵⁹

En el caso particular de las USF, las personas entrevistadas señalan que en algunas existen carteles en las paredes con números telefónicos para efectuar las denuncias. No obstante, la población ubica al profesional médico como el primer responsable de los desabastecimientos en las USF y perciben esto como una dificultad para denunciar, porque finalmente, es el único que presta servicio de salud en la comunidad. En algunos casos, señalan que, aunque el profesional médico presente el pedido y tenga un buen desempeño, el MSPBS a nivel central no cumple con la solicitud.²⁶⁰

La participación de la ciudadanía es fundamental para poder asegurar que las diversas poblaciones tengan servicios de salud aceptables de acuerdo con su contexto y sensible de las condiciones de vida de cada persona y comunidad. De acuerdo con la Observación General N.º 14, en la aplicación de las estrategias y políticas nacionales de salud se debe de garantizar “el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Solo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo.”²⁶¹

En los grupos focales y entrevistas realizadas, cuando se les pregunta a las comunidades sobre la participación, existen diferencias muy marcadas entre las zonas urbanas y las zonas rurales.

Las personas de las comunidades rurales reconocen como un espacio genuino de participación los Aty Guasú, que son los espacios de participación definidos por el MSPBS

como reuniones de control de las USF para evaluar las actividades y el servicio, explicar el alcance de las acciones de atención primaria, y proveer por parte del personal técnico asesoramiento en materia de salud como vacunación y control natal.²⁶²

Sin embargo, las personas señalan que casi no se participa en este espacio, y apuntan como principal problema que la población carece de información sobre el mandato de la USF en los Aty Guasú, por lo tanto, no exige su participación. Además, consideran que los profesionales del equipo deben informar cuáles son las necesidades que tiene el servicio para saber por qué no se está realizando la atención correspondiente. Las personas que trabajan como promotoras de salud en las comunidades, y que además son voluntarias, entienden que es importante la participación en los espacios de decisión, pero mencionan la falta de liderazgo y la desidia por parte del personal de la USF, y señalan el miedo de estos a ser cuestionados por las cosas que se hacen mal.²⁶³

Marisol es una promotora de la salud de una ONG en una comunidad rural en el departamento de Concepción. Desde su experiencia, se necesita que los mecanismos de rendición de cuentas influyan hacia las estructuras de mayor jerarquía en el Sistema de salud.

“Los Aty Guasú se deberían impulsar nuevamente en la localidad, y convocar a la Comisión de Salud Local. Primeramente, entre vecinos discutir los aspectos más necesarios dentro del servicio de la USF, luego con otras comunidades, el Sub-Consejo Distrital, con el Intendente y con los Parlamentarios. Una comisión de salud que nos represente en las regiones sanitarias y a nivel nacional.”²⁶⁴

René es un líder comunitario de otra comunidad rural, en Canindeyú. También reporta la necesidad de contar con mecanismos institucionales para garantizar seguimiento a las inconformidades: “Tenemos que llegar a las coordinaciones de las instituciones del Estado y a las organizaciones de la comunidad, se debe exigir a la USF que cumplan su trabajo a través de audiencias públicas sobre salud. Además, se tiene que crear un puesto de información y denuncias.”²⁶⁵

²⁵⁸ Información de grupos focales.

²⁵⁹ Información de grupos focales.

²⁶⁰ Información de grupos focales.

²⁶¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas. *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párrafo 54.

²⁶² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Aty Guasú: Herramienta de control de las unidades de salud de la familia*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/portal/7734/aty-guasú-herramienta-de-control-de-las-unidades-de-salud-de-la-familia.html> (Consultado el 1 de septiembre de 2023).

²⁶³ Información de grupos focales.

²⁶⁴ Información de grupos focales.

²⁶⁵ Información de grupos focales.

Caja 5. La historia de Rosi: Su lucha contra el cáncer en medio de ineficiencias en el sistema público de salud.²⁶⁶

Rosi tiene 50 años y lleva viviendo en San Lorenzo —en el departamento Central— casi toda su vida, aunque es originaria de la Santísima Trinidad en Asunción. Ella es docente de teatro, actriz y directora. Rosi tiene dos hijos, de 22 y 12 años. En el 2015 conoció a Jorge —su pareja—. Su familia era de clase media. Aunque ninguno tenía IPS, ganaban entre PYG 8 millones y PYG 9 millones al mes (entre USD 1,100 y USD 1,238), así que vivían sin presiones financieras, podían alquilar un hogar cómodo, y el hijo menor de Rosi iba hasta hace poco a una escuela privada.

Rosi relató a Amnistía Internacional su experiencia con el sistema de salud cuando, en 2018, fue diagnosticada con cáncer. En enero de ese año, tuvo fuertes dolores y sangrado, así que acudió al Centro Médico Familiar —un hospital privado— para que le revisara una ginecóloga. La doctora le dijo que existía una herida muy grande en el cuello del útero y le mandaron hacer estudios —incluida una biopsia—. Le recetaron un medicamento para controlar el sangrado, que costó PYG 250,000 (USD 35).

Después, Rosi acudió al hospital público de Itauguá para revisión con un especialista. Ella comenta que ahí comenzaron las dificultades en el sistema público de salud. Rosi llegó al hospital a las 4:00 del día siguiente a su revisión. Solo dan 20 pases al día para realizar los estudios. La doctora le realizó el papanicoláu y le mandó a hacer una biopsia urgente. Sin embargo, en el hospital público le dijeron que el tiempo de espera para hacerse una biopsia era de 40 días. Rosi se sintió ansiosa. Si era algo grave, como parecería ser el diagnóstico de los doctores, tenía que atenderse urgentemente.

Rosi regresó con el doctor en Itauguá para preguntar si podía hacerse la biopsia en otro lugar. En una clínica privada se la realizaron en una semana y le dieron resultados en ocho días por la cantidad de PYG 160, 000 (USD 22). Valió la pena y ella pudo pagarlo. Con los resultados de sus estudios regresó al hospital público para un diagnóstico. Sin embargo, Rosi señaló que el médico principal estaba de vacaciones y nadie más quiso atenderla porque “no tenían su expediente.” Después de insistir finalmente, le realizaron una valoración telefónica en la que requirieron una resonancia magnética. De acuerdo con Rosi, le informaron que el tiempo de espera en el hospital público era de tres meses, así que, de nueva cuenta, Rosi pagó con sus recursos el procedimiento en una clínica privada que le cobraba PYG 1.2 millones (USD 165).

El doctor del hospital público le dio una cita para dentro de 15 días. Decidió buscar una segunda opinión con una conocida de su pareja que era doctora en IPS. Ella le informó

de que tenía un cáncer avanzado nivel 4 y que era urgente la operación y la quimioterapia.

En la sala de urgencias del hospital público de Itauguá las enfermeras le dijeron: “esto no era urgente.” En palabras de Rosi, para el Ministerio de Salud de Paraguay un paciente solo es urgente si llega “medio muerto.” Rosi fue canalizada al INCAN, donde se repitió la misma experiencia que en hospitales públicos pasados: tratos inadecuados y falta de explicación del proceso.

Rosi inició su tratamiento en el INCAN a inicios de marzo, dos meses después de cuando comenzaron sus dolores. Después de llegar a las 5:00, no recibió atención hasta pasado el mediodía. Nadie la orientó ni le dio instrucciones para su procedimiento. Le dieron cita para una revisión inicial y le agendaron radioterapia para dentro de casi seis semanas, el 16 de abril. A pesar de que Rosi les comentó del diagnóstico y del grado de avance del cáncer, lo único que recibió del personal del hospital fue indiferencia.

Ante la tardanza, Rosi decidió probar suerte con una segunda opinión en el Hospital Bautista —una clínica privada. El doctor del hospital privado revisó sus exámenes y le dijo que “el tratamiento de quimio es para ayer. Usted no puede esperar al 16 de abril.” Una sesión de quimioterapia en un hospital privado oscila entre los PYG 10 millones y los PYG 15 millones (entre USD 1,375 y USD 2,063). En el Bautista le cobraron PYG 1.4 millones (USD 192) por el procedimiento sin medicina, y ella pagó por fuera por PYG 2.6 millones (USD 357). Solo una sesión de quimioterapia costó a su familia —que es de clase media— hasta el 50% de sus ingresos mensuales.

Con muchos trabajos, Rosi juntó el dinero pidiendo a amigos y conocidos. Cinco días después de su primera cita en el Bautista, estaba entrando a su primera sesión de quimioterapia. Valora positivamente la atención que le dieron, sobre todo por la celeridad. En el hospital privado le explicaban paso a paso qué le suministraban o practicaban. Incluso la dejaron 24 horas en internación para ver si no tenía reacciones, y le indicaron qué debía hacer en caso de algún padecimiento. El médico incluso la llamaba personalmente para monitorear cómo se sentía.

Rosi terminó tomando su radioterapia en un hospital privado. El costo total ascendió a PYG 50 millones (USD 6,878). A pesar de que el costo total afectó la economía del hogar, ella lo prefirió: “No quiero morir, no quiero ir a que me traten así. Para mí ir al público en estas condiciones es ir a la muerte.” Se tomó otras resonancias magnéticas recientemente y no han encontrado cáncer en su riñón ni en otro lado.

Pero los problemas no acabaron ahí para Rosi. A inicios de 2023, su pareja Jorge desarrolló una enfermedad autoin-

²⁶⁶ Entrevista realizada por Amnistía Internacional el 18 de marzo de 2023. Realizada en idioma español. Todos los nombres han sido cambiados por pseudónimos.

3.3. Hallazgos generales

mune y lo llevaron al hospital público de San Lorenzo. Rosi comenta que un par de días después, su pareja comenzó a perder sangre y el doctor le recetó un procedimiento (aféresis) para reponer su sangre y limpiarla. El proceso era muy caro en la clínica privada, y solo estaba disponible en hospitales del IPS y en el hospital de Itauguá del Ministerio de Salud. Finalmente, Rosi comenta que su pareja fue internada en el hospital de Itauguá donde murió días después. Esta no fue la primera experiencia negativa de Rosi con sus familiares, pues ella comentó a Amnistía Internacional que su padre, aunque contaba con IPS, sufrió de tratos inadecuados y tiempos de espera largo en su lucha contra el cáncer, falleciendo en 2016.

Los gastos en los que incurrió Rosi desde que comenzaron los síntomas de Jorge sumarían las decenas de millones de guaraníes (miles de dólares). Aunque no contaba con el dinero necesario para sufragar estos gastos extraordinarios, Rosi comenta que su red de contactos la ayudó a conseguir los recursos. En el transcurso de tres días logró juntar PYG 6 millones. El resto de los gastos los hizo con apoyo de familia y amigos mediante polladas —venta de comida, espectáculos, eventos especiales de recaudación.

Los ingresos conjuntos de Rosi y su pareja les alcanzaban para poder pagar las cuentas, pero ellos no hubieran podido afrontar la enfermedad de ella sin recurrir a apoyos y colectas. El costo de oportunidad de todos los gastos que hizo Rosi fue muy grande: solo con lo que gastó en hospitales y medicinas, pudo haber comprado o ahorrado para una casa, poner una escuela de teatro, comprar un vehículo para su negocio de eventos.

Después de la muerte de Jorge, Rosi no ha podido seguir igual con la empresa de eventos que tenían juntos. Probablemente sus ingresos se vean muy afectados porque esos eventos eran una fuente importante de ingresos complementarios.

Del análisis de las dimensiones del derecho a la salud y de sus determinantes sociales, Amnistía Internacional considera que existen brechas de cumplimiento en el derecho a la salud. El análisis de los determinantes de salud muestra que existen brechas en materia de provisión de agua y saneamiento que ponen en riesgo el estado de salud, además de una segmentación en el mercado laboral donde un porcentaje mayoritario de la población no cuenta con seguridad social que le permita tener un seguro médico. Como se ha mostrado a lo largo de este capítulo, se documentan brechas en materia de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad que repercuten de manera determinante en el acceso efectivo a la salud en una o más de sus dimensiones.

La disponibilidad de camas en hospitales de Paraguay es relativamente baja comparada con otros países de similar nivel de desarrollo, además de que existen diferencias importantes a nivel geográfico dentro de las diferentes regiones que tienen como resultado mayores tiempos de espera y traslado. Se encuentran también brechas en la cobertura y servicios de la atención primaria, que en teoría tendría que cubrir la mayoría de la demanda de padecimientos.

En materia de acceso, Amnistía Internacional encuentra que un porcentaje muy alto de la población atendida en centros de salud e incluso en IPS tiene que pagar por tratamientos o medicamentos, incluidos grupos vulnerables como adultos mayores o personas en situación de pobreza, lo cual contraviene la misma legislación nacional que estipula la gratuidad en los medicamentos y tratamientos del MSPBS. Se encuentra evidencia de tratos inadecuados y falta de capacitación del personal de salud para la atención de grupos vulnerables e históricamente discriminados.

En materia de calidad y aceptabilidad, Amnistía Internacional ha recabado a través de los grupos focales experiencias de falta de insumos, baja calidad en el tratamiento y preparación en zonas rurales.

Ello pone de manifiesto el incumplimiento de Paraguay en los estándares internacionales en materia de salud.

4. ANÁLISIS DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Este apartado presenta las principales características del gasto público en salud en Paraguay, con un énfasis en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y el Instituto de Protección Social (IPS), tanto en términos de gasto como del financiamiento.

4.1. Fuentes de ingresos y financiamiento

Paraguay se encuentra entre los países que menos gastan en salud si se analiza el gasto por persona o el gasto público total con respecto al PIB (alrededor de 4% en 2021). De 18 países de la región analizados,²⁶⁷ cinco de estos —Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Honduras y Venezuela— presentan menor inversión por persona que Paraguay y solo cuatro —México, Guatemala, Honduras y Venezuela— menos con respecto al PIB²⁶⁸ (ver gráfica 10).

En este capítulo, se explica cómo la baja recaudación tributaria y cobertura de la seguridad social explican la precariedad de recursos fiscales que se invierten en salud. Como consecuencia de ello, Paraguay es uno de los países de mayor gasto de bolsillo, tal como se observó en capítulos anteriores. Eso implica que las personas pueden enfrentar barreras económicas que impidan el acceso efectivo al

derecho a la salud por falta de recursos —lo que afecta desproporcionadamente a los grupos más vulnerables— ya que el acceso a los servicios depende de la capacidad de pago individual o familiar, así como la falta de acceso económico de millones de familias paraguayas y su impacto en el disfrute del derecho a la salud.

Como se explicará con más detalle en el siguiente capítulo, Paraguay tiene una de las recaudaciones más bajas de la región como porcentaje del PIB, solo más alta que Panamá en 2021.²⁶⁹ Como fuente complementaria a los impuestos generales que el Estado cobra, las contribuciones a la seguridad social son una fuente de financiamiento importante, ya que una parte de la población está cubierta por la seguridad social contributiva que tiene como uno de sus pilares la atención a la salud.

Sin embargo, la recaudación actual por contribuciones a la seguridad social es de solo el 3.6% del PIB, todavía debajo del promedio de la región (3.9%) y muy lejos de Uruguay (9.7%) el país de la región que recauda más ingresos por contribuciones sociales (ver gráfica 11).²⁷⁰ De acuerdo con el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) estos bajos ingresos son resultado de varios factores entre los que se encuentran la evasión de la seguridad social, la debilidad institucional para hacer cumplir la normativa laboral, un marco normativo y financiero ineficaz para aumentar la cobertura, y un crecimiento económico que no generó empleos formales.²⁷¹

²⁶⁷ Cuba, Uruguay, Panamá, Chile, Costa Rica, Argentina, Colombia, México, Brasil, Ecuador, Perú, El Salvador, Paraguay, Bolivia, Guatemala, Nicaragua, Honduras, Venezuela

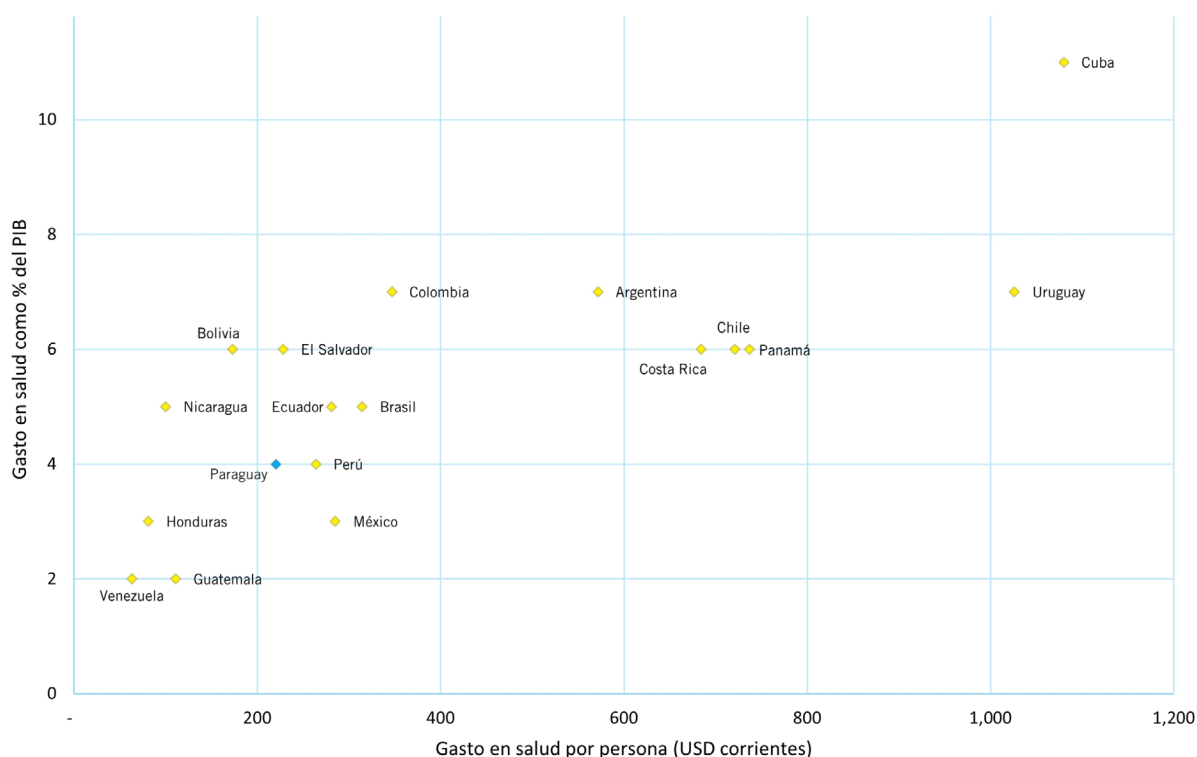
²⁶⁸ World Health Organization, *Global Health Expenditure Database*, <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es> (Consultado el 23 de mayo de 2023). Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional utilizando la base de datos de la fuente.

²⁶⁹ OCDE, *Base de datos global de estadísticas tributarias*, <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm> (Consultado el 10 de julio de 2023).

²⁷⁰ OCDE, *Base de datos global de estadísticas tributarias*, <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm> (Consultado el 10 de julio de 2023).

²⁷¹ Verónica Serafini, Claudina Zavattiero, Políticas de protección social y laboral: evidencias y desafíos para Paraguay, Marzo 2023, PNUD LAC *Working Paper Series* N.º 36.

GRÁFICA 10. GASTO PÚBLICO EN SALUD, 2021



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en el Observatorio Global de Gasto en Salud de la OMS.

Históricamente, la cobertura de la seguridad social —a través principalmente del IPS— se centró en el trabajo formal con relaciones contractuales de dependencia.²⁷² Sin embargo, como se menciona en el capítulo anterior, la población asalariada en Paraguay nunca ha superado a la mitad de la población ocupada y, dentro de esta, hay una proporción importante que no cotiza bajo ningún régimen, ya sea por evasión o elusión empresarial, porque están en ocupaciones de baja productividad con salarios menores al mínimo, en micro y pequeñas empresas o en la agricultura familiar sin capacidad para aportar el mínimo legal.²⁷³

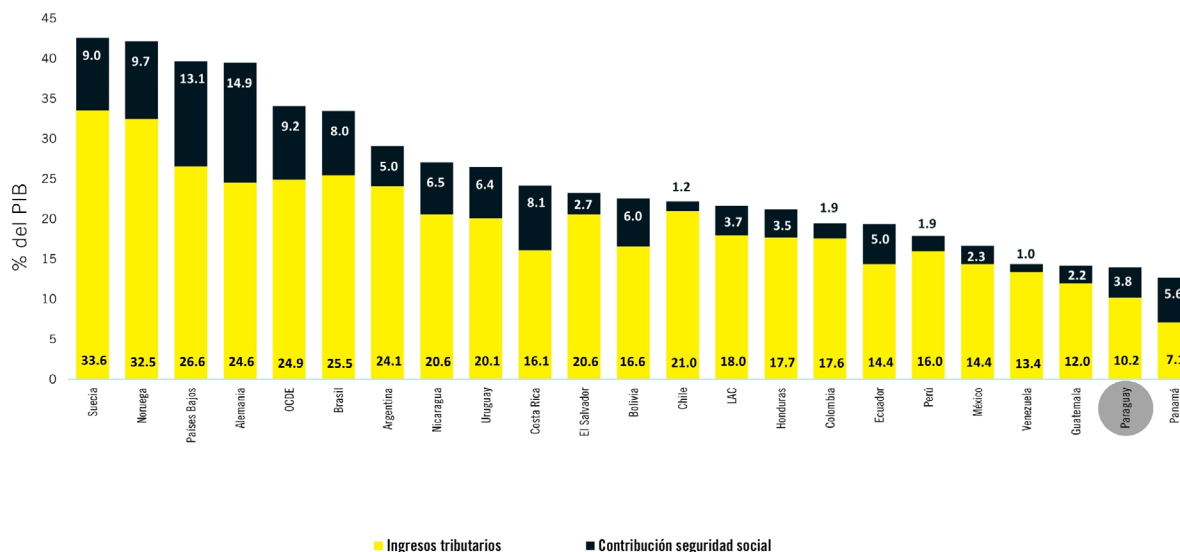
En suma, el análisis de Amnistía Internacional muestra cómo las fuentes de financiamiento del sistema de salud son relativamente bajas con respecto a otros países de la

región por la baja recaudación tributaria y la fragmentación y diseño de la seguridad social, lo cual impacta en la capacidad del Estado en movilizar recursos fiscales para asegurar el derecho a la salud.

²⁷² Gobierno de Paraguay. *Requisitos para inscripción y desinscripción de beneficiarios*. Instituto de Previsión Social. Disponible en <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/noticia.php?cod=152> (Consultado el 30 de septiembre de 2023).

²⁷³ Organización Internacional del Trabajo. *La densidad de cotizaciones al IPS en Paraguay*. Informes Técnico 32. 2022. Santiago de Chile.

GRÁFICA 11. INGRESOS TRIBUTARIOS Y CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL (% PIB), PAÍSES SELECCIONADOS 2021



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base la Base Global de Estadísticas Tributarias de la OCDE.

4.2. Inversión y gasto total en salud

De acuerdo con la OMS y la OPS, “los países que más han avanzado hacia la cobertura universal presentan un gasto público en salud del 6% o más del producto interno bruto (PIB) y este es el porcentaje que se establece como referencia para los países en la estrategia para la salud universal de la OPS.”²⁷⁴ El gasto en salud pública en Paraguay ubica al país lejos de las recomendaciones internacionales de la OMS. En los últimos años, la inversión nacional en salud pública no superó el 3% del PIB. Paraguay destinó en los años de la pandemia 2.6% (2020) y 3% (2021) y en

2022 2.6% del PIB considerando la administración central. La seguridad social (IPS) en estos mismos años gastó en salud 1.5% del PIB (2020 y 2021) y 1.6% (2022), por lo que la inversión total en salud (administración central y seguridad social) llegó al 4.1%, 4.5% y 4.2% del PIB en los últimos tres años (ver tabla 8).²⁷⁵

En la tabla 8 Amnistía Internacional analiza el gasto en salud en relación con la inversión social de la Administración Central. Se encuentra que es el segundo rubro en donde más se gasta después de educación y cultura. Sin embargo, la baja inversión social en términos del porcentaje del PIB implica un espacio fiscal muy reducido para aumentar el gasto.

²⁷⁴ OPS. *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. 2018. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34947> (Consultado el 23 de octubre de 2023).

²⁷⁵ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

TABLA 8. EVOLUCIÓN DE LA PRIORIDAD FISCAL DE LA INVERSIÓN SOCIAL DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL POR FUNCIONES (% DEL PIB), 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	9.0%	9.3%	10.2%	11.9%	10.4%	10.2%
Salud	1.9%	1.9%	2.1%	2.6%	3.0%	2.6%
Promoción y acción social	2.2%	2.2%	2.2%	3.5%	2.0%	1.9%
Seguridad social	1.5%	1.6%	2.0%	1.8%	1.7%	1.9%
Educación y cultura	3.0%	3.2%	3.4%	3.6%	3.2%	3.4%
Ciencia, tecnología y difusión	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Relaciones laborales	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Vivienda, urbanismo y servicios comunitarios	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%

Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del Ministerio de Hacienda.

Los datos de la evolución del gasto en salud —disponibles hasta 2019— muestran que hubo un retroceso en el aumento del gasto público en ese rubro. La evolución 2015-2019 también muestra que el gasto público como porcentaje del PIB se reduce mientras que el gasto privado aumenta (ver tabla 9).²⁷⁶ Los altos niveles de desprotección de los sistemas públicos de salud obligan a las personas, ante una enfermedad, a recurrir al endeudamiento. La Encuesta de Inclusión Financiera realizada en Paraguay en 2013 encontró que la salud es la razón más reportada para

adquirir préstamos.²⁷⁷ En 2022, el 10% de los adultos en el país (que representan al 38% de los prestatarios) reportó haber tomado un préstamo para propósitos médicos o de salud en los últimos 12 meses.²⁷⁸

De acuerdo con el Banco Mundial, el endeudamiento por salud en Paraguay se incrementó para las mujeres adultas entre 2017 y 2021. En 2017, el 11% de las mujeres de 15 años o más se encontraban endeudadas por gastos en salud, mientras que en 2021 este porcentaje se incremen-

²⁷⁶ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

²⁷⁷ Banco Mundial. Nota Técnica: Encuesta de Inclusión Financiera Paraguay 2013. Octubre 2014. Banco Mundial. Disponible en <http://www.incoop.gov.py/v2/wp-content/uploads/2015/04/FINAL-SPANI-SH-Paraguay-FI-Demand-TN.pdf> (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

²⁷⁸ Demirgüç-Kunt, Leora Klapper, Dorothe Singer, and Saniya Ansar; *The Global Findex Database 2021: Financial Inclusion, Digital Payments, and Resilience in the Age of COVID-19*, 2022 Washington, DC: World Bank, pág. 25.

**TABLA 9. EVOLUCIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD
(% DEL PIB)**

	2015	2016	2017	2018	2019
Gasto total/PIB	7.80%	8.10%	6.60%	6.70%	7.20%
Gasto público/PIB	4.20%	4.20%	3.10%	3.00%	3.30%
Gasto MSPBS/PIB	2.80%	2.60%	1.90%	1.90%	2.10%
Gasto IPS/PIB	1.50%	1.60%	1.20%	1.10%	1.20%
Gasto privado/PIB	3.60%	3.90%	3.60%	3.70%	3.90%

Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del Ministerio de Hacienda.

tó al 15%,²⁷⁹ lo que afectó a un grupo que además se encuentra en desventaja en la mayoría de los indicadores económicos como ingreso laboral, desempleo, subempleo, informalidad, entre otros.²⁸⁰ El endeudamiento repercute en mayores niveles de preocupación y estrés. En el mismo estudio del Banco Mundial se señala que la principal preocupación de la mitad de la población es financiar un problema de salud. El resultado de un excesivo gasto de bolsillo es un mayor endeudamiento en materia de salud.²⁸¹

De acuerdo con la información del Ministerio de Hacienda, casi el 60% de los recursos los invierte el MSPBS mientras que otro 30% el IPS, y el resto se invierte en los sistemas de sanidad exclusivos para policía y ejército, inversión en infraestructura hospitalaria y en prestaciones para funcionarios públicos (ver tabla 10).²⁸²

A pesar de que Paraguay es uno de los países con niveles de gasto público más bajos de América Latina, destina casi el 4% de todo el gasto público en salud para ofrecer a sus funcionarios públicos apoyos para seguro médico privado.²⁸³ Algunas instituciones públicas incluso tienen recursos para contratar servicios de ambulancia o de primeros auxilios privados para sus trabajadores. Como se muestra en la tabla 10, el monto de estas prestaciones es diez veces el tamaño de lo presupuestado para la Dirección General de Beneficencia Pública, organismo encargado de atender a grupos vulnerables.

Esta asignación presupuestaria contraviene el principio de equidad señalado en la legislación internacional de accesibilidad económica, y se suma a los otros factores que determinan las barreras económicas de los grupos más vulnerables. Amnistía Internacional encuentra que se utilizan

²⁷⁹ The World Bank, *The Global Index Database 2021. Data Download and Documentation*, <https://www.worldbank.org/en/publication/globalindex/Data> (Consultado en junio de 2023).

²⁸⁰ ONU Mujeres. *Paraguay*. Disponible en <https://lac.unwomen.org/es/donde-estamos/paraguay> (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

²⁸¹ The World Bank, *The Global Index Database 2021. Data Download and Documentation*, <https://www.worldbank.org/en/publication/globalindex/Data> (Consultado en junio de 2023).

²⁸² Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

²⁸³ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

TABLA 10. RECURSOS PÚBLICOS DESTINADOS A LA POLÍTICA DE SALUD, 2021

	Valores absolutos (Millones de PYG)	Participación relativa	% PIB
Total gasto público	12,993,142	100	4.7
Función Salud - Administración Central	8,219,865	63.3	3
MSPBS	7,897,118	60.8	2.9
Sanidad policial	64,227	0.5	0
Sanidad militar	23,359	0.2	0
MOPC	235,160	1.8	0.1
Otras entidades	4,221,580	32.5	1.5
IPS	3,941,917	30.3	1.4
UNA-Hospital de Clínicas	101,839	0.8	0
Gobernaciones (función PAS)	137,824	1.1	0.1
DIBEN	40,000	0.3	0
Objetos del gasto	551,696	4.2	0.2
Subsidio a la salud (191)	80,212	0.6	0
Seguro médico (271)	460,690	3.5	0.2
Primeros auxilios y tercerizaciones (275)	10,794	0.1	0

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del SIAF, Plataforma BOOST. (Recuperado en junio de 2023).

recursos escasos para aseguramiento privado cuyo costo de oportunidad es no utilizarlos en programas enfocados a la población vulnerable.

Del análisis anterior, Amnistía Internacional concluye que el gasto público en salud es muy bajo y tiene como consecuencia un gasto de bolsillo muy alto, lo que a su vez refleja la falta de calidad, disponibilidad y accesibilidad de los servicios públicos, como se estableció en capítulos anteriores.

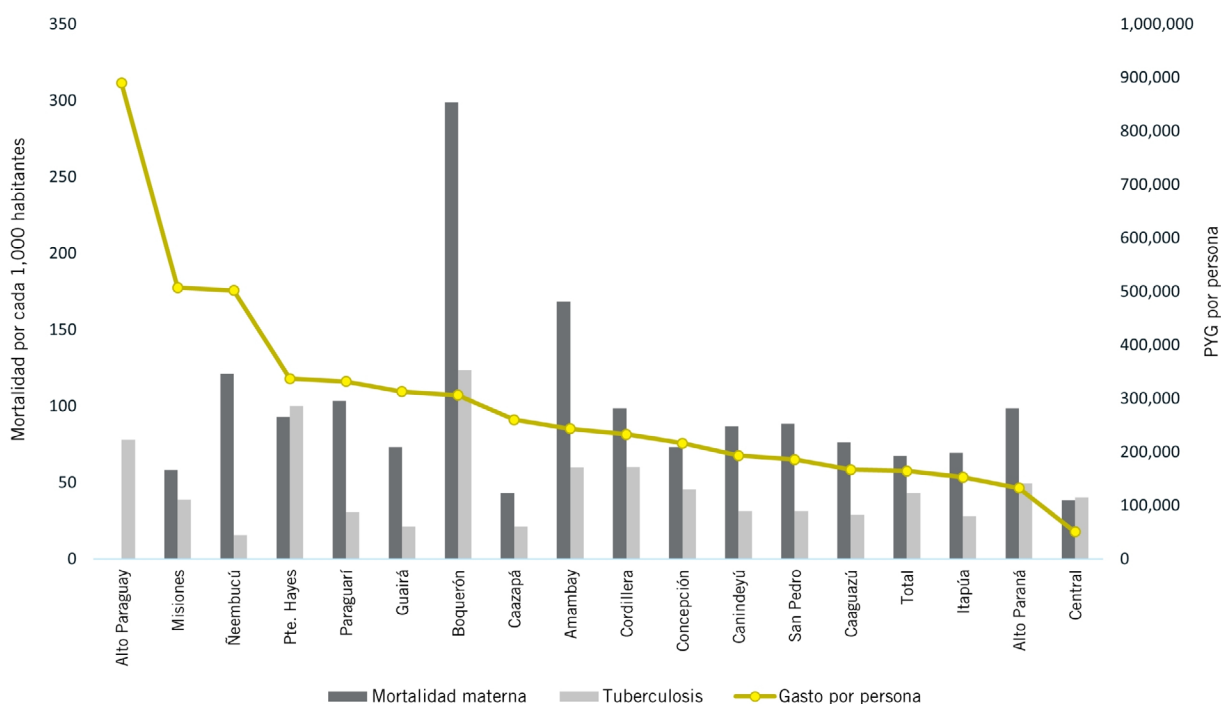
4.3. Distribución geográfica del gasto en salud

La política de desarrollo en Paraguay no cuenta con un enfoque territorial en su implementación. A pesar de que el aspecto territorial es un factor que contribuye de forma importante a la desigualdad, el Plan Nacional de Desarrollo solo hace referencia a la misma en el tema productivo.²⁸⁴ Esto significa que no se cuenta con criterios de asignación de recursos basados en la reducción de brechas territoriales o en las necesidades particulares de las regiones.

El siguiente gráfico muestra las diferencias en la inversión

²⁸⁴ OCDE, *Estudio Multidimensional de Paraguay: Volumen II. Análisis detallado y recomendaciones*, Noviembre 2018, OCDE Library, https://www.oecd-ilibrary.org/development/estudio-multidimensional-de-paraguay_9789264306226-es

GRÁFICA 12. GASTO POR PERSONA Y PREVALENCIA DE MORTALIDAD MATERNA Y TUBERCULOSIS, 2019



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en el SIAF, Plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda e información del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

per cápita en salud a nivel departamento y la razón de mortalidad materna y la incidencia de tuberculosis como indicadores básicos de la situación de la salud. Se puede observar que no existe una relación al menos de manera directa entre el monto de inversión en salud y la prevalencia de enfermedades (Ver gráfica 12).²⁸⁵

En un extremo se encuentra el departamento Central que presenta la menor inversión por persona derivada de la alta densidad poblacional junto con los mejores indicadores. Otro grupo son departamentos como Caazapá y Alto Paraná con mayor cantidad de recursos, así como también de muertes maternas y personas con tuberculosis. Los depar-

tamentos de la región Occidental —Boquerón y Alto Paraguay— tienen mayor inversión por persona y los peores indicadores de salud debido al peso relativo que tienen las poblaciones indígenas y su dispersión geográfica, lo que define altos niveles de exclusión.

Como se mencionó anteriormente, de acuerdo con estudios del Banco Mundial, existe una alta concentración de servicios de salud en departamentos urbanos y densamente poblados.²⁸⁶ Mientras que los departamentos de Asunción y Central tienen la mayor concentración de trabajadores de salud —4.9 y 2.5 médicos por cada 1,000 habitantes, respectivamente—, Caaguazú y Alto Paraná solo tienen 0.9.

²⁸⁵ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023). Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Datos Abiertos. Disponible en <https://www.datos.gov.py/group/ministerio-de-salud-p%C3%BAblica-y-bienestar-social-mspybs> (Consultado el 15 de junio de 2023). Ministerio de

²⁸⁶ Banco Mundial, *Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud, 2018*, The World Bank Group, Washington, DC.

TABLA 11. GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD DEL MSPBS, 2020-2022

	2020		2021		2022	
	Millones de PYG	%	Millones de PYG	%	Millones de PYG	%
Total	5,903,014	13.3	7,897,118	9	7,366,267	14.4
APS	618,321	10.5	587,071	7.4	723,179	9.8
Gestión Administrativa	101,355	1.7	87,049	1.1	207,548	2.8
Medicamentos	65,815	1.1	40,051	0.5	131,398	1.8

Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del SIAF, Plataforma BOOST. (Recuperado en junio de 2023) y Rathe et al (2022).

En la misma línea, Asunción y Central suman el 56% de la fuerza laboral de salud del MSPBS y el 60% de todas las personas médicas, pero solo representan el 36% de la población de Paraguay. Si se consideran IPS y el sector privado, la concentración de trabajadores de la salud en estas áreas sería incluso más alta.

4.4. Atención primaria en salud y adquisición de medicamentos

Basada en la evidencia presentada en anteriores capítulos y en la evidencia internacional de la OPS,²⁸⁷ Banco Mundial,²⁸⁸ OCDE,²⁸⁹ entre otros Amnistía Internacional considera que un modelo de salud basado en la atención primaria no solo tiene menores costos, además reduce los obstáculos para el acceso al sistema de salud de las pobla-

²⁸⁷ OPS. *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: Síntesis de resultados y recomendaciones*. 2023. OPS/OMS. Disponible en https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57800/OPSHSSPH230002_spa.pdf?sequence=4&isAllowed=y (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

²⁸⁸ Banco Mundial. *Health at Glance: Walking the Talk: Reimagining Primary Health Care After COVID-19*. The World Bank Group. 2023. Disponible en <https://documents1.worldbank.org/curated/en/446861624530245206/pdf/At-a-Glance-Walking-the-Talk-Reimagining-Primary-Health-Care-After-COVID-19.pdf> (Consultado el 23 de noviembre de 2023)

²⁸⁹ OECD. *Realising the Potential of Primary Health Care*. 2020. Disponible en <https://www.oecd.org/health/realising-the-potential-of-primary-health-care-a92adee4-en.htm> (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN MEDICAMENTOS E INSUMOS POR INSTITUCIONES, 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Presidencia de la República	0.3%	0.3%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%
Ministerio del Interior	0.8%	1.7%	1.7%	1.2%	0.4%	1.2%
Ministerio de Defensa Nacional	0.5%	0.5%	0.4%	0.3%	0.1%	0.2%
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	44.8%	46.0%	44.4%	52.3%	67.0%	57.6%
Instituto de Previsión Social	47.6%	46.4%	48.4%	40.2%	30.6%	39.1%
Universidad Nacional de Asunción	3.8%	3.6%	3.0%	2.9%	0.7%	1.0%
Otros	2.2%	1.5%	1.9%	2.8%	1.0%	0.8%

Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del SIAF, Plataforma BOOST. (Recuperado en Junio de 2023).

ciones de menores ingresos o más vulnerables y contribuye a la continuidad de los tratamientos y a la permanencia en el sistema de salud.

Paraguay es signatario de compromisos internacionales que ponen en el centro de la política de salud a la atención primaria, tales como las declaraciones de Alma Ata y de Astaná, referenciadas en el marco normativo. El peso relativo de la atención primaria en el presupuesto del Ministerio de Salud es volátil y suele estar bajo el 30%,²⁹⁰ que es el porcentaje indicado por la recomendación internacional de la Organización Panamericana de la Salud en el Pacto Regional por la Atención Primaria de la Salud Universal: APS 30-30-30, donde recomienda destinar al menos el

30% de todo el presupuesto público en salud al primer nivel de atención para 2030.²⁹¹

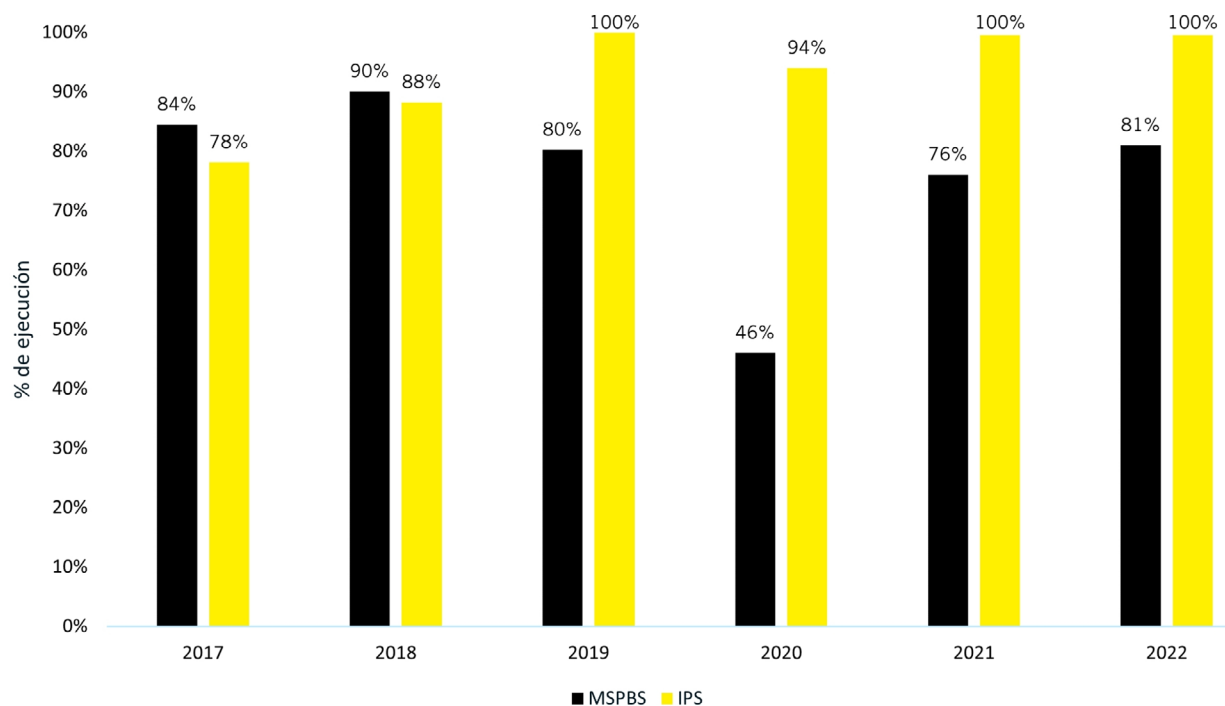
De acuerdo con una estimación basada en metodología de un estudio reciente publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, el gasto en atención primaria se incrementó en valores absolutos durante los años de la pandemia —de 2020 a 2022—, aunque se redujo como porcentaje del gasto total en salud del 10.5% al 9.8% (ver tabla 11).²⁹² Si bien se verifica un aumento del presupuesto en salud, estos montos se encuentran lejos de la proporción recomendada por el Pacto 30-30-30 acordado por ministros y ministras de salud en el marco de la Organización Panamericana de la Salud. Durante la pandemia, el mayor

²⁹⁰ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

²⁹¹ OPS. *APS 30-30-30, el nuevo Pacto Regional por la Atención Primaria de Salud para la Salud Universal de la OPS*. 11 de abril de 2019. Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/11-4-2019-aps-30-30-30-nuevo-pacto-regional-por-atencion-primaria-salud-para-salud> (Consultado el 23 de octubre de 2023).

²⁹² Magdalena Rathe, Patricia Hernández-Peña, Claudia Pescetto, Cornelis Van Mosseveld, María Angélica Borges dos Santos, Laura Rivas, Gasto en atención primaria en salud en las Américas: medir lo que importa, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2022, 46:e13.

GRÁFICA 13. PORCENTAJE DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE MEDICAMENTOS, 2017-2022



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con base en el SIAF, Plataforma BOOST del Ministerio de Hacienda.

incremento en valores absolutos se registró en los servicios hospitalarios y sobre todo las unidades de terapia intensiva.

La gestión de los medicamentos es uno de los temas más complejos que enfrenta la política de salud en Paraguay. El gasto de bolsillo se destina en su mayor parte a la compra de medicamentos por lo que una ampliación de la disponibilidad de estos por parte del sector público incrementaría la cobertura del sistema, reduciría la automedicación y mejoraría la percepción de calidad de los servicios por parte de la ciudadanía.²⁹³

En términos de la eficiencia y el impacto de los recursos públicos, la gestión adecuada por parte de las instituciones compradoras reduce costos y mejora el desempeño de los

recursos humanos. Todo esto tiene efecto directo en los indicadores de salud de la población.

Las dos instituciones más importantes en la provisión de medicamentos son el MSPBS y el IPS, aunque también tienen relevancia el Hospital de Clínicas (Universidad Nacional de Asunción), la sanidad militar (Ministerio de Defensa) y la sanidad policial (Ministerio del Interior).

Al igual que en el caso del uso de infraestructura entre sistemas, a raíz de la pandemia el MSPBS tuvo mayor preeminencia que el IPS. Mientras que entre 2017 y 2019 ambas instituciones tenían una participación similar en las compras de medicamentos en el sector público, en 2021, el 57.6% de los gastos en medicamentos fueron ejercidos

²⁹³ Edgar Giménez, José Carlos Rodríguez, Gladys Ocampo y Laura Flores, Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay, en *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*. Vol. 5, N.º 3, 2017.

TABLA 13. EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS POR INSTITUCIONES, PYG MILLONES. 2021

	Presupuesto	Ejecución	Monto no ejercido
Total	3,516,006	2,876,781	639,225
Presidencia de la República	4,409	2,924	1,485
Ministerio del Interior	25,313	10,863	14,450
Ministerio de Defensa Nacional	5,205	3,661	1,544
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	2,534,931	1,927,590	607,340
Instituto de Previsión Social	884,762	880,716	4,046
Universidad Nacional De Asunción	24,576	20,881	3,695
Otros	36,807	30,143	6,663

Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del SIAF, Plataforma BOOST. (Recuperado en Junio de 2023).

por el MSPBS, mientras que el 39.1% por el IPS (ver tabla 12).²⁹⁴

A pesar de los incrementos sustanciales en el presupuesto para compra de medicamentos a raíz de la COVID-19, el Gobierno central a través del MSPBS ha sido incapaz de gastar los recursos eficazmente, por lo que existe un subejercicio crónico a partir de 2020 en este rubro (ver gráfica 13). Ello se puede deber a la debilidad institucional del sistema de salud, como se mostró en el capítulo 3, donde se encuentra una infraestructura y recursos humanos per cápita mucho más reducidos en comparación con países con niveles de desarrollo similares a Paraguay, lo cual puede repercutir en la capacidad del sistema público de salud

de ejecutar los recursos presupuestales cuando existe un incremento sustancial.

Los efectos de la falta de ejecución del presupuesto por parte del MSPBS tienen efectos negativos importantes en la población, ya que, como se menciona en el capítulo 3, existe evidencia de una constante escasez de medicamentos y falta de disponibilidad de la infraestructura hospitalaria.

El año fiscal 2020 es el más importante en términos del monto subejecutado. El MSPBS no pudo gastar alrededor de PYG 600,000 millones, equivalentes a alrededor del 70% del gasto en medicamentos del IPS.²⁹⁵ En 2022, el

²⁹⁴ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

²⁹⁵ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

4.5. Privatización y uso de recursos públicos

MSPBS mejoró el gasto de 46% a 80% de los recursos asignados, aunque sigue siendo un monto importante si se toma en cuenta que lo no ejercido supera las compras de medicamentos de Presidencia, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa, Hospital de Clínicas —Universidad Nacional y el resto de las instituciones públicas que cuentan con recursos para medicamentos e insumos como las gobernaciones (ver tabla 13).²⁹⁶

La mayor parte de los organismos internacionales han señalado las debilidades del sistema de compras públicas y de la ineficiencia que trae aparejada.

El Banco Mundial ha señalado el inconveniente de las compras separadas entre el MSPBS e IPS frente a las compras consolidadas en contratos macro, donde puede haber ganancias de eficiencia por volumen, precios más bajos y mayor capacidad de negociación.²⁹⁷

En la misma línea, la OCDE ha señalado otros problemas administrativos relacionados con la descentralización de las compras. Primero, que Paraguay no cuenta con una lista única de medicamentos e insumos médicos prioritarios y garantizados, por lo que las decisiones de racionamiento son contingentes y discrecionales, al igual que su disponibilidad al momento de la atención. Segundo, los precios de medicamentos e insumos médicos son altos y poco competitivos y elevan los costos de operación del sistema de salud.²⁹⁸ Las empresas nacionales tienen un margen de preferencia en las compras públicas del 40%, un subsidio implícito al sector cuyo monto no ha sido transparentado.²⁹⁹

Finalmente, el Banco Interamericano de Desarrollo señala que, además de todos los obstáculos previamente mencionados, el país carece de una política farmacéutica, que implique no solo compras centralizadas y listas de medicamentos sino otras medidas de reducción de costos como el uso de genéricos y el aprovechamiento de espacios regionales como MERCOSUR para compras consolidadas que generen ahorros.³⁰⁰

Un aspecto importante del gasto público es analizar la eficiencia en la provisión del servicio mediante la canalización de recursos públicos hacia el sector privado. Entre 2018 y 2022, se ha incrementado el gasto hacia el sector privado bajo los seguros privados para el servicio civil, las tercerizaciones de servicios y compra de insumos que podrían ser producidos por el sector público (oxígeno) (ver tabla 14). Estas compras se financiaron tanto de impuestos generales como de aportes obrero-patronales del IPS.

De 2010 a 2019, estos contratos pasaron de representar solo el 1.1% de la inversión en salud del sector, a casi una quinta parte (18.1%). Es decir, en 2019 se firmaron contratos equivalentes a un tercio de la inversión en salud realizada por la Administración Central (MSPBS, sanidad policial, sanidad militar) y el IPS.³⁰¹

Un ejemplo de cómo se pueden generar ahorros invirtiendo en capacidades del sector público es el caso del oxígeno. A raíz de la pandemia, entre 2020 y 2022, el MSPBS puso en funcionamiento una planta de oxígeno para la provisión de oxígeno a hospitales ante la escasez de este, lo que mostró que la dependencia de servicios tercerizados no solo tenía problemas de eficiencia sino también de provisión. Este cambio se observa en la tabla 14³⁰² en el aumento de los recursos destinados a la compra de equipos y en un aumento en el monto destinado a mantenimiento.³⁰³

En el periodo señalado (2010-2019), mientras la inversión en salud de la Administración Central aumentó un 174%, la firma de contratos para seguros privados aumentó un 8.5%, las tercerizaciones de servicios un 4.6% y la compra de oxígeno un 2.1%.³⁰⁴

Para Amnistía Internacional los bajos niveles de recaudación, la tercerización de servicios de salud de recursos ha-

²⁹⁶ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

²⁹⁷ Banco Mundial, *Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud*, 2018, The World Bank Group, Washington, DC.

²⁹⁸ OCDE, *Estudio Multidimensional de Paraguay: Volumen II. Análisis detallado y recomendaciones*, noviembre 2018, OCDE Library, https://www.oecd-ilibrary.org/development/estudio-multidimensional-de-paraguay_9789264306226-es

²⁹⁹ Ley N.º 4558 que establece mecanismos de apoyo a la producción y empleo nacional, a través de los procesos de contrataciones públicas. Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/3856/ley-n-4558-establece-mecanismos-de-apoyo-a-la-produccion-y-empleo-nacional-a-traves-de-los-procesos-de-contrataciones-publicas> (Consultado el 23 de agosto de 2023). Ley N.º 6575 que modifica el Artículo 2.º de la Ley N.º 4558/2011 que establece mecanismos de apoyo a la producción y empleo nacional, a través de los procesos de contrataciones públicas. <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/11291/ley-n-6575-modifica-el-articulo-2-de-la-ley-n-45582011-que-establece-mecanismos-de-apoyo-a-la-produccion-y-empleo-nacional-a-traves-de-los-procesos-de-contrataciones-publicas#:~:text=DE%20CONTRATACIONES%20P%C3%9ABLICAS%E2%80%9D-.Ley%20N%C2%BA%206575%20%2F%20MODIFICA%20EL%20ART%C3%8DCULO%202%C2%B0%20DE%20LA.LOS%20PROCESOS%20DE%20CONTRATACIONES%20P%C3%9ABLI-CAS%E2%80%9D> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

³⁰⁰ Alejandro Izquierdo, Carola Pessino, Guillermo Vuletin, *Mejor gasto para mejores vidas: Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos*, 2018, Banco Interamericano de Desarrollo.

³⁰¹ Verónica Serafini Geoghegan, *El pilar contributivo de la protección social en Paraguay. Principales características y desafíos*. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP. 2020 Asunción.

³⁰² Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023)

³⁰³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Gobierno posibilita la puesta en funcionamiento de Planta de Oxígeno para asegurar la provisión de oxígeno a los hospitales. 22 de abril de 2022. Disponible en <http://www.pgr.gov.py/?p=14400> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

³⁰⁴ Verónica Serafini Geoghegan, *El pilar contributivo de la protección social en Paraguay. Principales características y desafíos*. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya

TABLA 14. MONTO DE CONTRATOS FIRMADOS CON PROVEEDORES PRIVADOS 2018—2022 PYG MILLONES

Rubros	2018	2019	2020	2021	2022
Ambulancia	123	57	4,140	9,358	25,009
Tercerización provisión oxígeno	92,833	222,451	17,128	336,973	15,085
Seguros médicos	546,030	429,341	321,378	341,683	352,220
Tercerización otros servicios	105,515	884,022,819	159,661	698,372	238,981
Equipos Ox	31,769	13,480	-	292,359	21,254
Mantenimiento Ox	7,350	1,756	5,239	469	3,000
Seguros odontológicos	30,887	19,950	16,046	8,406	3,533

Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del SIAF, Plataforma BOOST. (Recuperado en Junio de 2023).

cia el sector privado requiere de un análisis costo-beneficio que pueda determinar si estas acciones son las ideales para alcanzar la provisión universal de servicios de salud. Al respecto, no se han encontrado estudios y evaluaciones que justifiquen la eficiencia de estos recursos o la calidad de los servicios.³⁰⁵ La evidencia empírica es fundamental para el logro de los resultados previstos en la política pública.

Asimismo, de acuerdo con el Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, las contrataciones públicas se concentraron en todos los casos en pocas empresas, generando un mercado oligopólico que presenta un riesgo de tener precios altos y poca transparencia y rendición de

cuentas en la gestión de los recursos públicos.³⁰⁶

En el caso particular de la contratación de seguros privados, en lugar de incorporar progresivamente a los funcionarios públicos al IPS, Amnistía Internacional no encontró estudios que justifiquen esta estrategia de tercerización. El costo de oportunidad en el uso de estos recursos es no utilizarlos para expandir la infraestructura y los recursos humanos del IPS. Es decir, cada año el Estado tiene que renovar el contrato y volver a pagar por cada persona funcionaria o parlamentaria aun cuando no use el seguro.

Amnistía Internacional considera que la situación de eficiencia económica en el aseguramiento se agrava si se con-

ya, CADEP. Página 272. 2020 Asunción.

³⁰⁵ La Nación. Estudio de imágenes se debe tercerizar, dice Borba. 26 de junio de 2023. Disponible en https://www.lanacion.com.py/pais_edicion_impresa/2023/06/26/estudio-de-imagenes-se-debe-tercerizar-dice-borba/. (Consultado el 26 de agosto de 2023).

³⁰⁶ Verónica Serafini Geoghegan, *El pilar contributivo de la protección social en Paraguay. Principales características y desafíos*. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP. Página 272. 2020 Asunción.

sidera que la edad de quienes integran el servicio civil es relativamente baja y son personas con un estado de salud bueno en promedio.³⁰⁷ El sector público le paga al sector privado por atender una población relativamente joven y más sana y cuando se jubilan y son más propensos a sufrir enfermedades, pierden el acceso a esos servicios y deben pasar a utilizar los servicios públicos si sus ingresos en el retiro laboral no les permiten asumir el pago de seguros privados.

Amnistía Internacional encuentra que esta política de gasto repercute directamente en la obligación de Paraguay en materia de asignación presupuestaria a la salud y por tanto en sus obligaciones en la provisión del servicio público.

³⁰⁷ Más de la mitad de la población ocupada tenía menos de 40 años y la edad promedio es de 32 años. Para más información consultar: 1) Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Comportamiento del Empleo e Ingresos de los ocupados en la función pública. Paraguay. 2015. Disponible en https://observatorio.sinafocal.gov.py/application/files/2915/6743/6564/Ingresos_Promedios_en_el_Sector_Publico_2014.pdf (Consultado el 4 de febrero de 2024). 2) Ministerio de Economía y Finanzas. Clasificación de Funcionarios y Funcionarias por categoría y nivel de ingresos mensual. Agosto 2023. Disponible en https://www.sfp.gov.py/vchgo/index.php/download_file/force/191/291 (Consultado el 4 de febrero de 2023). 3)

5. ANÁLISIS DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Como se mencionó en el capítulo 1, el PIDESC señala que los Estados parte se comprometen “a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”³⁰⁸

En el marco de la pandemia de la COVID-19, la CIDH señala que los Estados deben “disponer y movilizar el máximo de los recursos disponibles, incluyendo acciones de búsqueda permanente de dichos recursos a nivel nacional y multilateral, para hacer efectivo el derecho a la salud y otros DESC con objeto de prevenir y mitigar los efectos de la pandemia sobre los derechos humanos, incluso tomando medidas de política fiscal que permitan una redistribución equitativa, incluyendo el diseño de planes y compromisos concretos para aumentar sustantivamente el presupuesto público para garantizar el derecho a la salud.”³⁰⁹

5.1. El financiamiento del MSPBS y sus programas

Ante la falta de recursos provenientes del sistema tributario, el endeudamiento público ha sido la estrategia de 2020 a 2022 utilizada para financiar las políticas e, incluso, pagar deudas anteriores.

Antes de la pandemia en 2020, el Ministerio de Salud se financiaba casi enteramente con impuestos generales. Desde ese año, aumenta drásticamente el peso relativo de recursos provenientes de créditos (ver gráfica 14).³¹⁰

Las principales instituciones financieras con préstamos a Paraguay eran el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo hasta 2020. Posteriormente, el financiamiento externo pasó a centrarse en la Corporación Andina de Fomento y en bonos soberanos incluidos en el Fondo de Emergencia Sanitaria (ver tabla 15).³¹¹ En el corto y mediano plazo el país tendrá el desafío de mantener niveles de gasto sostenido trasladando la fuente de recursos de deuda hacia el financiamiento con impuestos.

El MSPBS también se financia con la asignación de impuestos específicos al tabaco, al ensamble de motos, a las bebidas alcohólicas, entre otros. Esta asignación tiene dos principios rectores. En primer lugar, recaudar para mitigar las consecuencias negativas derivadas del consumo de di-

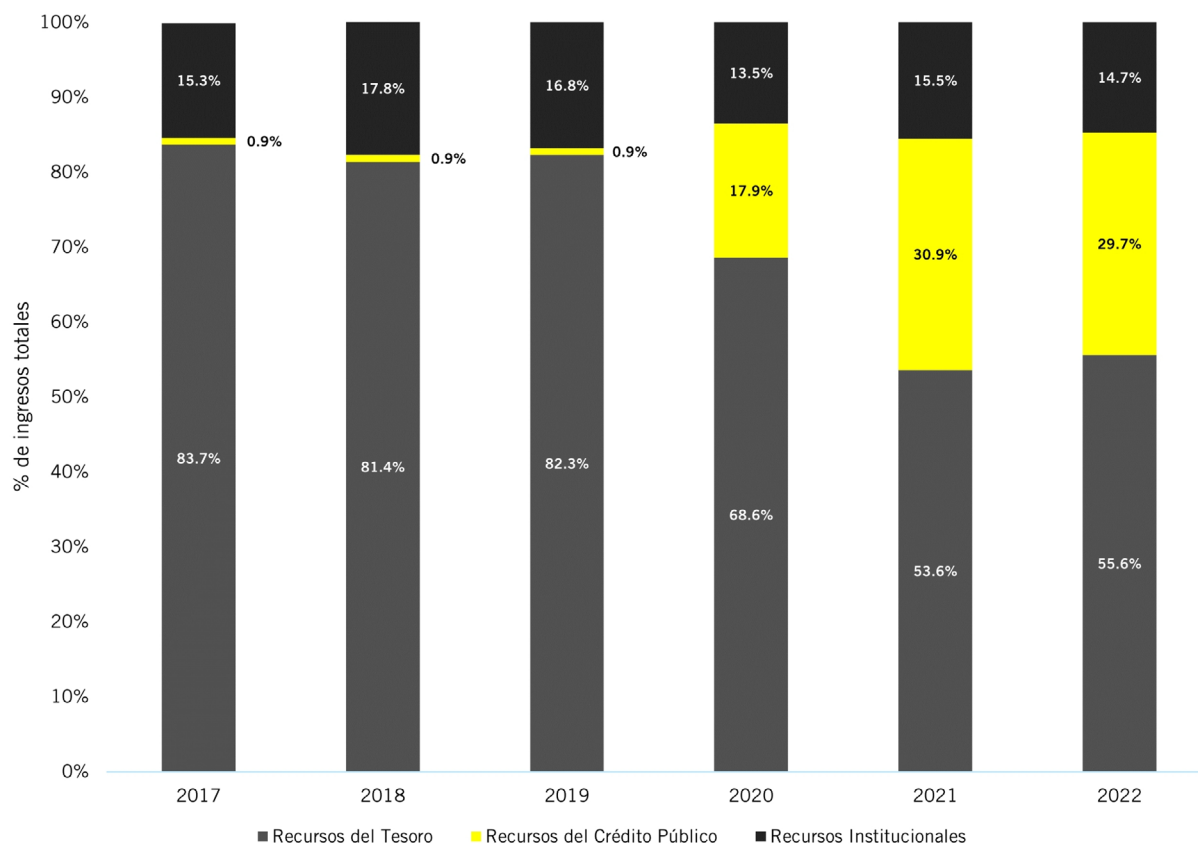
³⁰⁸ Organización de las Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Artículo 2. Disponible en https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf (Consultado el 17 de agosto de 2023).

³⁰⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. Resolución 01 de 2020* (Adoptada por la CIDH el 10 de abril de 2020), párrafo 13.

³¹⁰ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

³¹¹ Ministerio de Hacienda. *Sistemas Integrados de Administración Financiera (SIAF). Plataforma BOOST*. Disponible en http://168.90.176.79:8080/gastos_anual/ (Consultado el 15 de junio de 2023).

GRÁFICA 14. PARTICIPACIÓN DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL MSPBS, 2018-2022 (%)



Fuente: Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del SIAF, Plataforma BOOST. (Recuperado en Junio de 2023)

chos bienes en la salud. En segundo lugar, desincentivar el consumo al elevar el precio en los casos del tabaco y alcohol.

Sin embargo, estas fuentes son un monto relativamente pequeño con respecto del total de recursos que financian el MSPBS. Por ejemplo, el ingreso derivado de la coparticipación del IVA —bienes ensamblados³¹² en 2018 significó un aporte al MSPBS de PYG 7,937 millones, lo que alcanzaría solo para cubrir el gasto ejecutado del Centro de Emergencias Médicas, que ese mismo año fue de PYG

16,072 millones.

En el mismo sentido, se estima que el costo del tabaquismo en Paraguay estaría entre USD 70 y USD 100 millones por año mientras que el MSPBS recibe un promedio de USD 36 millones³¹³ al año por la coparticipación del ISC-tabaco.³¹⁴

Cabe señalar que el financiamiento de la función de la salud tiene la particularidad de contar con numerosas leyes que buscan garantizar la provisión de servicios y la provisión

³¹² Ley N.º 5819/17 que modifica los artículos 7.º y 8.º de la Ley N.º 4838/12 que establece la política automotriz nacional y destina los recursos al Hospital del Trauma, al Servicio de Emergencias Médicas Extrahospitalarias y al Ministerio de Educación y Ciencias. Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9719/ley-n-5819-modifica-los-articulos-7-y-8-de-la-ley-n-483812-que-establece-la-politica-automotriz-nacional-y-destina-los-recursos-al-hospital-del-trauma-al-servicio-de-emergencias-medicas-extrahospitalarias-y-al-ministerio-de-educacion-y-ciencias#:~:text=EDUCACI%C3%93N%20Y%20CIENCIAS-,Ley%20N%C2%BA%205819%20%2F%20MODIFICA%20LOS%20ART%C3%8DCULOS%207%C2%B0%20%208,MINISTERIO%20DE%20EDUCACI%C3%93N%20Y%20CIENCIAS> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

³¹³ Edgar Giménez, *La verdad sobre 3 mentiras sobre el tabaco y 3 acciones para controlar su consumo en Paraguay*, Conferencia del Dr. Edgar Giménez C. Manzana de la River, 31 de mayo de 2011, Asunción, Paraguay.

³¹⁴ Ley N.º 5538/15 que modifica la Ley N.º 4045/10 que modifica la Ley No 125/91, modificada por la Ley N.º 2421/04, sobre su régimen tributario, que regula las actividades relacionadas al tabaco y establece medidas sanitarias de protección a la población. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/dnvs/adjunto/308cb1-LEYN55382015QUE-MODIFICAELRGIMENTRIBUTARIODELATABACO.pdf> (Consultado el 23 de agosto de 2023).

TABLA 15. PARTICIPACIÓN PORCENTUAL DE LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL MSPBS, 2017-2018

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total	100	100	100	100	100	100
Impuestos generales	91.8	88.5	89.7	74.2	55.6	61.3
FONACIDE	0.4	1	1	0.5	0.2	0
Fondo nacional para la salud-Ley N° 4758/2012 – FONACIDE	6.1	3.6	3.4	4.8	5.9	5
Coparticipación de tributos - MSPBS - LEY N° 5538/15 y 6703/20	0	5.1	4.7	2.2	1.7	1.5
Coparticipación IVA-bienes ensamblados-Ley N° 5819/17	0	0.3	0.2	0.2	0.1	0.1
Coparticipación de tributos ISC-bebidas-Ley N° 6266/18 y 6703/20	0	0	0	0	0	0.4
Banco Interamericano de Desarrollo – BID	0.6	0.6	0.8	1.1	1.3	7.6
Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento – BIRF	0.3	0.3	0	1.8	0.2	3.2
Corporación Andina de Fomento	0	0	0	0	10.1	12.1
República de China	0	0	0	0.1	0.6	0.7
Gobierno español y AECID	0.5	0.5	0.1	0.2	0.4	0.4
Fondo de Emergencia Sanitaria	0	0	0	14.8	18.9	6.4
Consolidación económica y contención social-Ley N°6809/21	0	0	0	0	4.5	0.7
Otros	0.2	0.2	0.1	0.2	0.4	0.5

Estimaciones realizadas por Amnistía Internacional con información del SIAF, Plataforma BOOST. (Recuperado en Junio de 2023).

de insumos y medicamentos. Sin embargo, al no asignarse recursos adicionales no solo convierten al presupuesto del Ministerio de Salud en un “juego de suma cero” en el que se deben reducir recursos de unos programas para financiar otros que cuentan con leyes específicas, sino también entre diferentes funciones de inversión social, ya que los mismos recursos terminan reasignándose entre otras funciones como de educación o protección social hacia salud.

Un ejemplo es la Ley N.º 4392/2011 que crea el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para La Salud (FONARESS). Aunque el artículo 14 señala las fuentes de financiamiento del Fondo, todos los recursos existían anteriormente por lo que la referida ley solo reasigna sin adicionar. También es

el caso de la Ley N.º 6266/2018 de Atención ³¹⁵Integral a las Personas con Cáncer. El artículo 23 de la misma señala que el Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer se constituirá con “créditos que le asigne el presupuesto”³¹⁶ y con el 40% de los fondos de FONACIDE y FEEL ya asignados a salud, con lo cual estos recursos son reasignados dentro mismo del MSPBS.

Por último, este también es el caso de la Ley N.º 7018/2022 de Salud Mental que recurre nuevamente a un porcentaje de recaudaciones (“canon de juegos de azar”)³¹⁷ cuya recaudación en años anteriores ya estaría asignada a otros programas del Ministerio de Salud que tendrían que ser reducidos al transferirse los mismos para la implementa-

³¹⁵ Ley N.º 4392/2011 que crea el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para La Salud (FONARESS). Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/3760/crea-el-fondo-nacional-de-recursos-solidarios-para-la-salud-fonaress> (Consultado el 31 de agosto de 2023).

³¹⁶ Ley N.º 6266/2018 de Atención Integral a las Personas con Cáncer. Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8708/ley-n-6266-de-atencion-integral-a-las-personas-con-cancer#:~:text=Cr%C3%A9ditos%20de%20Nacional%20de,atenci%C3%B3n%20integral%20ante%20el%20c%C3%A1ncer>. (Consultado el 31 de agosto de 2023).

³¹⁷ Ley N.º 7018/2022 de Salud Mental. Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/11069/ley-n-7018-salud-mental#:~:text=Cr%C3%A9ditos%20de%20Observatorio%20Nacional%20de,promulgaci%C3%B3n%20de%20la%20presente%20Ley>. (Consultado el 31 de agosto de 2023).

ción de actividades por parte de la Dirección Nacional de Salud Mental.

Varias de las normas relativas a determinadas patologías o tratamientos contienen artículos que hacen referencia a un blindaje de los recursos, es decir, señalan que los fondos no podrán ser disminuidos, ni reprogramados, ni sujetos a topes presupuestarios en su plan financiero y que deberán ser depositados en una cuenta especialmente habilitada para tal efecto. Si bien estos lineamientos pueden ser útiles para otorgarle mayor transparencia y trazabilidad a los recursos, la información no se encuentra disponible al público al no incluirse en programas presupuestarios y tampoco significan mayores recursos o eficiencia.

En resumen, es necesario fortalecer las fuentes de ingreso que financian el sistema de salud público para mejorar su suficiencia y sostenibilidad a largo plazo, ya que desde 2020, el crédito como fuente de financiamiento ha aumentado y las fuentes contenidas en la normatividad nacional implican una redistribución de recursos más que una ampliación.

5.2 Regulación y diseño institucional para reducir conflictos de interés

Mejorar la política del gasto para incrementar el espacio fiscal en salud depende no solo de una discusión altamente técnica, sino de elementos de economía política que deben ser considerados teniendo en cuenta el papel que tienen los grupos de interés en las decisiones públicas. Uno de los mecanismos que representa riesgos de influencia política —tráfico de influencia, conflictos de interés y acceso a información privilegiada— se encuentra en la participación de gremios empresariales en diversas comisiones que toman decisiones respecto de reglas y adquisiciones públicas en el ámbito de la salud.

El caso de la Ley N.º 6266/2018 de Atención Integral a las Personas con Cáncer³¹⁸ es probablemente el más claro en este sentido. En su artículo 7 crea la Comisión Nacional Asesora para la Atención Integral del Cáncer del MSPBS

como entidad consultiva, técnica y científica, interinstitucional e intersectorial que tendrá a su cargo el asesoramiento para la elaboración del Listado Nacional de Medicamentos Antineoplásicos y aquellos complementarios para el tratamiento, seguimiento y cuidados paliativos; la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento, y la promoción de la investigación científica. El artículo 8 establece que la referida comisión estará presidida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social e integrada por instituciones públicas. Sin embargo, se incluye dentro de la misma a dos representantes de empresas de medicina privada, un representante de la industria farmacéutica nacional, y un representante de empresas importadoras de productos farmacéuticos.

En el caso del FONARESS (Ley N.º 4392/11),³¹⁹ el artículo 8 crea el Consejo Ejecutivo Ad Honorem integrado por el MSPBS, y con miembros del sector privado como la Asociación de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud categorizadas como de nivel 3. La participación directa en espacios de decisión del sector empresarial que es proveedor en el mismo ámbito en el que participa, configura riesgos que comprometen los principios de economía, eficiencia, eficacia y equidad que deben regir la administración pública.

Un ejemplo de potenciales decisiones que consistirían en barreras para la competencia y, por ende, de la eficiencia en el uso de los recursos públicos derivadas de la regulación es el de la Ley N.º 6575,³²⁰ que establece que en “las contrataciones que realice el Estado paraguayo, por vía de procesos de carácter nacional, se establezca un margen de preferencia del 40%, a favor de los productos y servicios de origen nacional.” Esto constituye una ventaja para los proveedores de bienes y servicios nacionales frente a extranjeros sin que se dispongan medidas o evaluaciones que muestren los beneficios de la medida y aseguren la efectividad de los recursos públicos.

³¹⁸ Ley N.º 6266/2018 de Atención Integral a las Personas con Cáncer. Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8708/ley-n-6266-de-atencion-integral-a-las-personas-con-cancer#:~:text=Cr%C3%A9dito%20de%20Red%20Nacional%20de%20atenci%C3%B3n%20integral%20ante%20el%20C%C3%A1ncer>. (Consultado el 31 de agosto de 2023).

³¹⁹ Ley N.º 4392/2011 que crea el Fondo Nacional de Recursos Solidarios para La Salud (FONARESS). Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/3760/crea-el-fondo-nacional-de-recursos-solidarios-para-la-salud-fonaress> (Consultado el 31 de agosto de 2023).

³²⁰ Ley N.º 6575 modifica el artículo 2.º de la Ley N.º 4558/2011 que establece mecanismos de apoyo a la producción y empleo nacional, a través de los procesos de contrataciones públicas. Disponible en <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/11291/ley-n-6575-modifica-el-articulo-2-de-la-ley-n-45582011-que-establece-mecanismos-de-apoyo-a-la-produccion-y-empleo-nacional-a-traves-de-los-procesos-de-contrataciones-publicas> (Consultado el 31 de agosto de 2023).

5.3. Las oportunidades para el espacio fiscal y potenciales medidas de recaudación

De acuerdo con el Informe de la Relatora Especial Sobre Pobreza Extrema y Derechos Humanos, “el sistema tributario existente [en Paraguay] no solo atenta contra el principio de equidad, impactando desproporcionadamente en el presupuesto de los sectores más pobres de la población, sino que además, los bajos niveles de recaudación fiscal suponen un obstáculo considerable en la capacidad del Estado para garantizar programas sociales y servicios públicos, lo que impide el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales de los sectores más pobres.”³²¹

En la misma línea, recomienda aumentar la inversión social, como mínimo equiparándola a la media de la región y los ingresos tributarios para garantizar la sostenibilidad de los programas sociales a futuro. Adicionalmente, se recomienda avanzar en la progresividad del sistema tributario, “para lo cual se debe considerar seriamente un mayor aporte a través del impuesto a la renta de las empresas, a la producción agropecuaria o un potencial impuesto a las exportaciones.”³²²

Para Amnistía Internacional, resulta importante la creación de un espacio fiscal para ampliar recursos que puedan ser dirigidos a la provisión de servicios universales de salud en Paraguay que considere tres grandes determinantes: recaudaciones tributarias y de contribuciones sociales, reasignaciones presupuestarias y ganancias de eficiencia en las compras públicas.

El aumento de la eficiencia depende, por una parte, de redireccionar los fondos de tercerizaciones a la prestación de los servicios del MSPBS o del sistema previsional solidario y, por otra parte, de reducir costos en las compras de medicamentos e insumos.

Desde hace más de dos décadas diversos estudios nacionales³²³ e internacionales³²⁴ llaman la atención acerca de la baja recaudación tributaria y de la inequitativa estructura de las recaudaciones en Paraguay. La recaudación tributaria se ha mantenido en el orden del 10% en los últimos 20 años y los impuestos indirectos representan alrededor del 70% del total recaudado.³²⁵ Esto explica los bajos niveles de inversión social y el casi nulo impacto del sistema tributario en la reducción de las desigualdades al analizar el cambio de la desigualdad —a través del coeficiente de Gini— antes y después de los impuestos.³²⁶

En materia de impuestos directos, se puede elevar la tasa del impuesto a la renta corporativa³²⁷ para fortalecer la recaudación y aumentar los recursos y dotarle de mayor progresividad al sistema, además de ampliar la base y la tasa del impuesto a la renta personal haciéndolo más progresivo a medida que aumentan los ingresos e iniciar en 5% los ingresos más bajos hasta el 25% los ingresos más altos.³²⁸ Es importante mencionar que Paraguay recauda de impuestos a la renta solo un 2.6% del PIB, la recaudación más baja de la región de acuerdo con la OCDE.³²⁹

Otra fuente de ingresos potencial para el caso de Paraguay son los impuestos a la riqueza de activos no financieros. Es posible mejorar la recaudación y progresividad de los impuestos sobre la propiedad a través de la convergencia entre el valor fiscal sobre el cual se calcula el monto del impuesto hacia los valores de mercado.³³⁰

Otras medidas complementarias se podrían concentrar en reducir los flujos ilícitos que erosionan el sistema tributario evitando³³¹ el traslado de utilidades a jurisdicciones de otros países a través del control de los precios de transferencia. Si bien la reforma de 2019 incluía nuevos instrumentos para limitar este impacto, el Ministerio de Hacienda no ha informado mejoras en las recaudaciones.³³²

En materia de impuestos indirectos, una manera de incrementar de manera eficiente la recaudación es ampliar la base y considerar aumentar la tasa del IVA en conjunto con

³²¹ Organización de las Naciones Unidas. *Observaciones y recomendaciones preliminares: Primera misión a Paraguay de experta de la ONU en pobreza extrema*. 16 de diciembre de 2011. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/statements/2011/12/observaciones-y-recomendaciones-preliminares-primera-mision-paraguay-de-experta>

³²² Organización de las Naciones Unidas. *Observaciones y recomendaciones preliminares: Primera misión a Paraguay de experta de la ONU en pobreza extrema*. 16 de diciembre de 2011. Disponible en <https://www.ohchr.org/es/statements/2011/12/observaciones-y-recomendaciones-preliminares-primera-mision-paraguay-de-experta>

³²³ Ver: Gerónimo Bellasi, Alejandro Jara, *Reorientar el Sistema Tributario hacia la Equidad: Un Imperativo para el Desarrollo*, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, marzo 2013, Asunción, Paraguay; Dionisio Borda, Manuel Caballero, *Una reforma tributaria para mejorar la equidad y la recaudación*, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, 2018, Asunción, Paraguay.

³²⁴ Banco Mundial, *Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud*, 2018, The World Bank Group, Washington, DC., OCDE, *Estudio multidimensional de Paraguay*, OECD Publishing, 2018, París.

³²⁵ OCDE, Base de datos global de estadísticas tributarias, <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm> (Consultado el 10 de julio de 2023).

³²⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Desigualdad, concentración del ingreso y tributación sobre las altas renta*. 2015. Santiago de Chile.

³²⁷ Banco Mundial. *Public Expenditure Review for Paraguay. The quest for optimal tax and expenditure policies for shared prosperity*. N.º: 78194-PY. 2018. Washington, D.C.

³²⁸ Dionisio Borda, Manuel Caballero, *Una reforma tributaria para mejorar la equidad y la recaudación*, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, 2018, Asunción, Paraguay.

³²⁹ OCDE, Base de datos global de estadísticas tributarias, <https://www.oecd.org/tax/tax-policy/base-de-datos-global-de-estadisticas-tributarias.htm> (Consultado el 23 de octubre de 2023).

³³⁰ Banco Mundial. *Public Expenditure Review for Paraguay. The quest for optimal tax and expenditure policies for shared prosperity*. N.º: 78194-PY. 2018. Washington, D.C.

³³¹ El precio de transferencia es el precio que pactan dos empresas asociadas para transferir, entre ellas, bienes, servicios o derechos.

³³² Dionisio Borda, Manuel Caballero, *Una reforma tributaria para mejorar la equidad y la recaudación*, Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, 2018, Asunción, Paraguay.

acciones específicas para mitigar su efecto en los hogares de menores ingresos, como mantener una tasa reducida del IVA solo para la canasta de bienes de primera necesidad para los hogares más pobres, eliminar categorías a las que se aplica la tasa reducida del IVA, y aplicar transferencias de ingresos para los hogares de menores ingresos.³³³

Adicionalmente, una práctica común para financiar los sistemas de salud es aumentar las tasas de impuestos selectivos al consumo sobre el tabaco, el alcohol, las bebidas azucaradas y otros bienes con efectos nocivos en la salud para aumentar los ingresos y promover mejores resultados a nivel de la salud pública.³³⁴

Sobre el último punto relativo a los impuestos especiales al consumo, vale la pena señalar que las medidas tributarias no solo tienen el objetivo de recaudar, sino también para reducir el consumo y los efectos nocivos en la salud. Paraguay presenta las tasas más bajas de la región en bienes como el tabaco,³³⁵ lo que abre la posibilidad de ampliar el espacio fiscal y limitar su consumo. Algunos de estos productos afectan de manera directa a la calidad de la alimentación en la niñez como las gaseosas y la comida “chatarra.”

En los últimos años, alrededor de 50 países del mundo han impulsado mayores tasas de impuestos a las bebidas azucaradas, con resultados positivos en la reducción del consumo.³³⁶ Paraguay no cuenta con intervenciones en este sentido.

Finalmente, una manera de incrementar los ingresos sin establecer nuevos impuestos es mediante la reducción del gasto tributario.³³⁷ Paraguay cuenta con tratamientos preferenciales como exenciones, deducciones, tasas reducidas, créditos tributarios, entre otros. Estos representaban en 2021 el 1.4% del PIB, el 10% del total recaudado y el 14% del gasto social³³⁸ por lo que es importante evaluar el impacto de cada uno de ellos en los derechos humanos y decidir su pertinencia.

Más allá de la imprescindible reforma del sistema tributario, Paraguay tiene otras oportunidades de ampliar el espacio fiscal a través de políticas públicas de inclusión y ajuste

del gasto público. Por un lado, una política de ampliación de la seguridad social contributiva ampliaría la cobertura del IPS y reduciría la evasión con reformas institucionales que aumenten los incentivos a la inclusión y permanencia en el sistema de la seguridad social contributiva. Ello implicaría paralelamente continuar avanzando en la integración de los subsistemas de salud tanto en términos de servicios como de los fondos de financiamiento.³³⁹

Finalmente, es posible reasignar recursos dirigidos a las tercerizaciones fortaleciendo los servicios públicos de salud para aumentar la capacidad de infraestructura propia del sistema público de salud. En el caso de los seguros a funcionarios públicos esto requerirá una sustancial inversión en la infraestructura y los servicios del IPS para que progresivamente puedan ir recibiendo a los mismos. En el caso de las tercerizaciones de servicios de provisión de oxígeno, ambulancias, imágenes, estos deben contar con estudios de eficiencia y costo beneficio de manera de justificar su provisión privada.

Amnistía Internacional considera que es necesario impulsar mejoras al sistema fiscal y tributario que fortalezcan la recaudación por medio de impuestos progresivos, que incrementen los ingresos públicos, permitan la redistribución y por ende la reducción de la desigualdad, y permitir así una inversión en materia de salud que sea sostenible en el tiempo.

Amnistía Internacional considera que la creación de un espacio fiscal hacia un sistema tributario más justo y con más recursos es la alternativa frente a la deuda y la baja recaudación. De manera complementaria, es posible aumentar la disponibilidad de recursos a través de un aumento en la eficiencia de las adquisiciones públicas —medicamentos, insumos, tercerizaciones de servicios de hospitalización y en adquisición de insumos— y de una reforma en el sistema previsional contributivo solidario, de manera que incluya paulatinamente al servicio civil y los fondos que actualmente se destinan a financiar la compra de seguros privados.

³³³ Banco Mundial. *Public Expenditure Review for Paraguay. The quest for optimal tax and expenditure policies for shared prosperity*. N.º : 78194-PY. 2018. Washington, D.C.

³³⁴ OCDE. *Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 2. Análisis detallado y recomendaciones, Caminos de Desarrollo*. 2018. Disponible en <https://doi.org/10.1787/9789264306226-es> (Consultado el 15 de junio de 2023).

³³⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. *Demostrado: Mayor impuesto al tabaco reduce su consumo, sobre todo en jóvenes*. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/portal/18194/demostrado-mayor-impuesto-al-tabaco-reduce-su-consumo-sobre-todo-en-jovenes.html> (Consultado el 23 de noviembre de 2023).

³³⁶ Obesity Evidence Hub. *Countries that have taxes on sugar-sweetened beverages (SSBs)*. Disponible en <https://www.obesityevidencehub.org.au/collections/prevention/countries-that-have-implemented-taxes-on-sugar-sweetened-beverages-ssbs> (Consultado el 31 de agosto de 2023).

³³⁷ Los gastos tributarios se definen como los recursos que deja de percibir el Estado por la existencia de incentivos o beneficios que reducen la carga tributaria que enfrentan determinados contribuyentes con relación a un sistema tributario de referencia (CIAT, 2014. 3). La medición de los gastos tributarios constituye una información relevante, puesto que se puede considerar dentro de los siguientes ámbitos: i) cuantificar la pérdida de recaudación, ii) cuantificar la ganancia de recaudación que se obtendría con su derogación, y iii) cuantificar los recursos necesarios para reemplazar los gastos tributarios por gastos directos equivalentes. La composición de los gastos tributarios cuenta con varias medidas que son consideradas dentro de las estimaciones, entre las cuales se encuentran: las exoneraciones, alícuotas reducidas, regímenes especiales, entre otros, esto por cada uno de los tipos de impuestos.

³³⁸ OCDE et al. *Estadísticas tributarias en América Latina y el Caribe 2023*. OECD Publishing, 2023, París.

³³⁹ Verónica Serafini Geoghegan, *El pilar contributivo de la protección social en Paraguay. Principales características y desafíos*, 2020, CADEP. Verónica Serafini, Claudina Zavattiero, *Políticas de protección social y laboral: evidencias y desafíos para Paraguay*, marzo 2023, PNUD LAC Working Paper Series N.º 36.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En Paraguay, la mayor parte de la población está cubierta por servicios de salud pública, tanto para personas sin seguro público del MSPBS (72.7%) como del IPS (19.6%). A pesar de ello, existen múltiples barreras de acceso que excluyen a gran parte de la población y dificultan el pleno goce del derecho a la salud.

En materia de diseño, se cuenta con un sistema de salud fragmentado en la gobernanza, provisión de servicios, fuentes de financiamiento y en los procesos de compras públicas. Además, este sistema segmenta a la población según su estatus laboral y económico, debido a la estructura productiva del país, que genera una brecha estructural entre la población que tiene acceso al seguro del IPS y el resto de la población. Estas se relacionan no solo con las diferencias de acceso y disponibilidad de servicios de salud entre distintos territorios, particularmente entre zonas rurales y urbanas, sino también con otros determinantes como la falta de acceso a agua y saneamiento, el acceso a la alimentación y el estatus laboral.

Además, las brechas de género y la discriminación estructural que sufren grupos históricamente vulnerables, como la población de pueblos indígenas y la población LGBTI, agravan las desigualdades en el acceso a la salud.

La evidencia cuantitativa muestra que la población sin seguro médico enfrenta barreras de acceso a los determinantes sociales de la salud además de depender de un sistema público que no invierte los suficientes recursos para asegurar disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad para un segmento mayoritario de la población. Las personas y comunidades participantes del estudio, a través de los distintos instrumentos (historias de vida, grupos focales, entrevistas), coinciden con los datos en mostrar un sistema de salud precarizado que no cumple con los estándares establecidos por la legislación internacional en materia de derechos humanos.

Si bien existen algunas mejoras importantes en el acceso

de la población y disponibilidad de los servicios, con la creación de la APS en 2008, la declaración de gratuidad en la internación hospitalaria, medicamentos, etc., y la mejora de la inversión pública, lo cierto es que, actualmente, el sistema de salud refleja una baja disponibilidad, accesibilidad y calidad que afecta a la mayor parte de la población.

El gasto de bolsillo y el gasto catastrófico afectan a todos los grupos sociales, aunque con efectos diferenciados según el nivel de ingreso. En el caso de las personas de ingresos más bajos, el gasto de bolsillo puede ser motivo de una caída sustancial en la calidad de vida familiar, ya que puede afectar a otros derechos, como la educación y la alimentación. En el caso de los gastos catastróficos, pueden afectar la movilidad social, poner a los hogares en situación de pobreza o incluso no poder seguir recibiendo tratamiento.

Como se mostró a lo largo del estudio, las APS juegan un papel fundamental en la atención de primer nivel. Si toda la población tuviera acceso a una USF en su territorio, tendría una mejora en su estado de salud y habría menos saturación en los hospitales. Un sistema de salud basado en APS tiene un enfoque territorial, y se expresa y operativiza a partir de las redes integrales —desde los servicios más simples a los más complejos, al poner al alcance de la gente los cuidados, la promoción, la atención y la rehabilitación— e integradas —funcionan como partes de un cuerpo, son interdependientes y todas necesarias para la vida.

Parte de los problemas del sistema de salud reside en la falta de espacio fiscal para poder aumentar el gasto público en salud de manera sostenida y en un ejercicio del gasto ineficaz e ineficiente. Esto es producto de una baja recaudación tributaria, problemas de subejecución del presupuesto y de eficiencia en las compras públicas.

Amnistía Internacional considera que la reforma al sistema de salud requiere de medidas que atiendan el problema

desde el punto de vista de 1) medidas de atención en diferentes niveles de salud, 2) las medidas para reducir la desigualdad, y 3) la política fiscal. A continuación, se presentan cinco medidas que se pueden tomar en el corto a mediano plazo para mejorar el acceso a la salud, tendiente a la universalización y a incrementar la equidad y eficiencia de los fondos públicos:

1. Fortalecer la estrategia de APS y la red hospitalaria para universalizar la salud

- Alcanzar como mínimo el 6% del PIB en inversión pública en salud para garantizar el proceso de universalización de la salud.
- Incrementar el presupuesto en salud para APS alcanzando, al menos, el 30% del gasto total en salud, como lo señalan las recomendaciones internacionales de la OMS.
- Completar la brecha que existe en materia de disponibilidad de Unidades de Salud Familiar (USF) necesarias para atender a toda la población de acuerdo con el estándar de la OMS.
- Distribuir equitativamente los recursos económicos y físicos para eliminar las diferencias entre departamentos, así como entre zonas rurales y urbanas, y fortalecer la red de servicios de todos los niveles, (Red Integrada e Integral de Servicios), con criterio territorial (redes) y poblacional (según densidad poblacional) necesario para garantizar el acceso universal.
- Incrementar la disponibilidad de camas de hospital para cumplir con los estándares de la OMS de 25 camas hospitalarias necesarias por cada 10,000 habitantes, y que se redistribuyan según necesidad en la RIIS.
- Asegurar el acceso a la información no sea un obstáculo para el servicio de salud, integrando la información de manera que facilite la atención de pacientes a través de los diferentes sistemas de salud.

2. Garantizar medicamentos, insumos, y transporte gratuito en los servicios de salud, con abastecimiento continuo

- Garantizar la disponibilidad de insumos, medicamentos, estudios de laboratorio, y tratamientos especializados, según lo establecido en la legislación nacional en toda la red de servicios de salud del MSPBS, con protocolos claros para mejorar la transparencia y la eficiencia en la adquisición de medicamentos.
- Actualizar y hacer pública la lista de medicamentos esenciales, priorizados y en permanente monitoreo público.

blico.

- Realizar los cambios administrativos para contar con un abastecimiento permanente de medicinas e insumos básicos, asegurado mediante compras consolidadas y distribución oportuna y vigilada, conforme a las necesidades de cada servicio.
- Optimizar los procesos de entrega de medicamentos que mejoren la transparencia, la simplificación administrativa, y cuenten con mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas transparentes y auditables.
- Asegurar un abasto de medicamentos que permita que todos los servicios, desde el más simple al más complejo, cuenten con el apoyo de redes de farmacias, de apoyo diagnóstico, de transporte —incluidas las ambulancias— y suministro de manera eficiente transparente y oportuna.
- Garantizar la cobertura de ambulancias y transporte social para el traslado de personas en todo el territorio de la manera más segura y rápida posible.

3. Establecer mejoras para conseguir un sistema que reduzca la discriminación y promueva la equidad.

- Promover desde los territorios rurales espacios de toma de decisiones que incluyan a las distintas comunidades étnicas, tanto en el diseño como en la gestión de las respuestas públicas en salud.
- Establecer procesos de formación para que el personal médico esté correctamente capacitado y con un enfoque intercultural para atender a pacientes que vengan de algún grupo que enfrente una situación de desigualdad o vulnerabilidad, como personas que se auto adscriben como indígenas y personas LGBTI.
- Dar prioridad en la asignación de recursos en aquellas zonas que enfrentan barreras en el acceso a los servicios de salud y en sus determinantes sociales como: territorios de comunidades indígenas, zonas rurales con problemas de acceso físico, territorios con alta incidencia de pobreza y brechas en la cobertura de acceso a agua y saneamiento dentro de la vivienda.

4. Financiamiento directo al sistema público de salud a través de reformas tributarias que contribuyan a recaudar más, y de manera más justa con un aumento de la cobertura del IPS.

- Fortalecer las recaudaciones provenientes de impuestos directos al hacer progresivo el Impuesto a la Renta Personal ampliando la base y la tasa del impuesto. Reducir la deducibilidad del Impuesto a la Renta Personal.

- Reducir los flujos ilícitos que erosionan el sistema tributario y evitar el traslado de utilidades a jurisdicciones de países terceros a través del control de los precios de transferencia.
- Mejorar la recaudación y progresividad de los impuestos sobre la propiedad a través de la convergencia entre el valor fiscal sobre el cual se calcula el monto del impuesto hacia los valores de mercado.
- Aumentar las tasas de impuestos selectivos al consumo sobre el tabaco, el alcohol, las bebidas azucaradas y otros bienes con efectos nocivos en la salud para aumentar los ingresos y promover mejores resultados a nivel de la salud pública.
- Disminuir los gastos tributarios y asignar los nuevos recursos recaudados a la salud.
- Ampliar la cobertura del Instituto de Previsión Social y reducir la evasión con reformas institucionales que aumenten los incentivos a la inclusión y permanencia en el sistema de la seguridad social contributiva.

5. Mejorar la eficiencia en el gasto de los recursos públicos actuales

- Realizar evaluaciones de eficiencia de las diferentes modalidades de financiamiento —transferencias a funcionarios públicos, seguros de salud privados para funcionarios públicos, tercerizaciones de servicios— de manera de contar con la información necesaria para decidir la asignación más costo-efectiva.
- Mejorar los procesos de adquisición de insumos y medicamentos para mejorar la gestión e informar a la ciudadanía para auditar socialmente los precios y características específicas.
- Disminuir el margen de preferencia del 40% vigente para los proveedores de bienes y servicios nacionales frente a los extranjeros y rediseñar la medida si fuese necesaria.
- Avanzar en la integración de los subsistemas de salud tanto en términos de servicios como de los fondos de financiamiento.

ANEXO METODOLÓGICO

1. Estadísticas descriptivas sociodemográficas de los grupos focales

Categoría	N (tamaño de la muestra)	Porcentaje (%)
Total	195	100%
Ámbito		
Rural	121	62.1%
Urbano	74	37.9%
Grupos etario		
0-16 años	3	1.5%
17-25 años	36	18.5%
26-40 años	81	41.5%
41-60 años	62	31.8%
60 o más	13	6.7%
Sexo		
Hombre	67	34.4%
Mujer	128	65.6%
Identidad de género		
Cisgénero	167	85.6%
Transgénero	28	14.4%
Perfil laboral de la persona		
Campechina + cuidadora del hogar ámbito rural	30	15.5%

Campesina	5	2.6%
Cuidadora del hogar	5	2.6%
Estudiante	23	11.9%
Líder comunitaria	31	16.0%
Trabajadora subordinada / por cuenta ajena	27	13.9%
Trabajadora por cuenta propia	35	18.0%
Promotora de la salud / voluntaria	38	19.6%

2. Instrumento metodológico de grupos focales: preguntas orientadoras

Dimensiones	Preguntas orientadoras
Identificación sociodemográfica del grupo	Implementadores y habilitadores identifican el número de -Total de participantes -Hombres -Mujeres -Personas no binaries -Personas autoidentificadas como indígenas o que hablan lengua indígena -Personas que tengan alguna discapacidad física o personas neurodivergentes -Si se puede, preguntar a qué se dedica la comunidad o las personas que asisten a los grupos para ver perfil laboral
Conocimiento sobre el derecho a la salud (introducción genérica de las preguntas) Tiempo estimado: 10 Minutos	¿La salud es un derecho en nuestro país? ¿Cuáles son las responsabilidades específicas del Estado para el cumplimiento del derecho a la salud? ¿La salud es gratuita en nuestro país?

Cómo viven el acceso a la salud y como entienden las comunidades el funcionamiento del sistema sanitario

Temas:

- Estrategia de APS, Hospitales (Redes y niveles).
- Información sobre la política de salud, gratuidad.
- Acceso a medicamentos e insumos.
- Gasto de bolsillo y estrategias de sobrevivencia.
- Calidad y calidez de la atención

Tiempo estimado: 50 minutos

- ¿Alguien tiene seguro de salud (IPS o privado)?
- ¿Dónde se atienden ustedes habitualmente? ¿USF, centro de salud?
- Si es en la USF ¿Cómo consiguen turno? ¿Tienen que esperar mucho para ser atendidos? ¿Les atienden en el día? ¿qué horarios tienen la usf? ¿Y si tienen alguna urgencia un día dónde van? ¿A cuántos km está?
- ¿Cuándo les atienden en la USF tienen todo lo necesario? ¿Insumos, medicamentos? Cuando no tienen, ¿Tienen que ir otro día o comprar en la farmacia privada? ¿Se incluyen los anticonceptivos, medicamentos para padecimientos crónicos (diabetes, hipertensivos, etc.)?
- ¿Dónde se atienden ustedes cuando necesitan algo que es más grave o necesitan estudios de laboratorio, diagnóstico, operaciones /intervenciones quirúrgicas?
- ¿Saben siempre a dónde ir cuando tienen un problema de salud? Incluso si es grave, ¿Dónde van para ser atendidos?
- ¿Tuvieron que recorrer varios hospitales o clínicas para ser atendidos, alguna vez?
- ¿Hubo algún cáncer o alguna otra enfermedad grave como diabetes o similares en la familia? ¿Qué hicieron?
- ¿Hay mucha lista de espera en el hospital? ¿Alguna vez no consiguieron hacerse estudios en el hospital público o que les atendiera un médico/a especialista y tuvieron que pagar en algún servicio privado? ¿Qué tan frecuentemente?
- ¿Qué pasa cuando alguien en la familia tiene un problema grave de salud? ¿Tienen gastos? ¿Cuántos gastos? ¿Afecta a la economía familiar? ¿Qué estrategias usan para poder pagar?
- ¿Qué hacen los vecinos/as, la comunidad cuándo hay un problema de salud en la familia?
- ¿Qué hace el equipo de la USF o centro de salud cuando la persona manifiesta que no tiene plata para irse a un hospital? ¿Les dirigen a un hospital u otro servicio? ¿Llaman ellos mismos o tienen que llamar la familia? ¿Ayudan de alguna forma? ¿Tienen ambulancia en la comunidad?
- ¿Alguna vez se le ha pedido alguna cuota extraordinaria en hospitales o clínicas del USF para recibir algún servicio?
- ¿Alguna vez les han tratado mal o no se han sentido satisfechos/as con la atención en un servicio de salud?
- ¿Alguna vez ha recibido se le ha negado el servicio en algún USF u hospital? ¿Cuál fue la razón que dieron para negarlo?
- A través del sistema sanitario, ¿Les han vinculado con otros servicios de protección social en el territorio? Por ejemplo ¿Les han derivado a un hogar de atención especial para adultos mayores, o comedores sociales, o apoyo para mujeres que sufren violencia doméstica? ¿Les han dado información sobre tekoporá u otros subsidios? ¿Existe algún mecanismo de coordinación intergubernamental para las políticas sociales?

Participación de la comunidad

- ¿Se están realizando los Aty Guazu en la USF? ¿Cómo participa la comunidad, las familias y las personas en la salud comunitaria? ¿Lo hacen a través de los servicios de salud o por su cuenta de manera autónoma?
- ¿Saben qué problemas tiene la USF o el hospital para prestar el servicio? ¿Existen mecanismos de rendición de cuentas desde el sistema de salud o el Estado?
- ¿Hay lugares para denunciar sobre mala atención y/o falta de atención en los servicios de salud? ¿Existe un Mecanismo de denuncia accesible? ¿Denunciaron alguna vez?

Segundo bloque

Identificación de demandas y propuestas de mejora al derecho a la salud

Temas:

- Estrategia de APS, Hospitales (Redes y niveles).
- Información sobre la política de salud, gratuidad.
- Acceso a medicamentos e insumos.
- Gasto de bolsillo y estrategias de sobrevivencia.
- Calidad y calidez de la atención

Tiempo estimado: 30 minutos

- ¿Cómo quieren que funcione la USF/centro de salud? ¿Qué se necesita en materia de profesionales, medicamentos, insumos u horarios?
- ¿Cómo quieren que funcione el hospital?
- ¿Qué información quieren que nos brinde el Estado sobre el sistema de salud? ¿Qué necesitan saber cuando nos enfermamos? ¿Qué medios podrían utilizarse y cómo hacer que todo el mundo pueda utilizarlos (apps, teléfonos, etc.)?
- ¿Cómo se puede mejorar la vinculación entre las USF/hospitales y otros servicios de protección social?

Participación de la comunidad

- ¿Cómo se pueden reactivar los Aty guazu o mejorarlos?
- ¿Qué temas tendrían que ser prioritarios en los Aty?
- ¿Qué otras formas de participación en el sistema de salud se pueden proponer?
- ¿Cómo se puede obligar al Estado a que rinda cuentas en salud?
- ¿Qué mecanismo forma, lugar, etc. proponen para poder denunciar las vulneraciones en el derecho a la salud y que sean escuchadas?

3. Instrumento metodológico: Guía para la entrevista de las historias de vida

Nombre:

Edad:

(Los primeros dos bloques son para establecer el contexto del sujeto y de la problemática y crear locus antes de abordar los temas clave de salud)

Bloque 1: Dimensiones básicas de vida (biológica, cultural, social)

- Preguntar sobre dónde nació la persona, cómo era su familia y algún antecedente de su niñez

- ¿De niño se enfermaba mucho? ¿Qué hacía la familia cuando alguien tenía un padecimiento leve? ¿Qué hacía cuando tenían accidentes o alguna enfermedad? ¿Dónde lo llevaban?

- ¿Alguno de sus padres o familiares padecía alguna condición médica que requiriera comprar medicinas, tratamientos o algún equipo médico? ¿Recibían apoyo por parte del gobierno? Si la dinámica lo permite, preguntar si aún vive su papá o mamá. En caso de que no, preguntar la causa de fallecimiento e indagar brevemente si fue por enfermedad.

- Preguntar sobre su vida actual en general ¿Cómo es el barrio / comunidad dónde vive ahora? ¿Le gusta su entorno? ¿Qué le mejoraría? ¿Quiénes son sus amigos y familiares?

Bloque 2: Determinantes sociales de la salud en la vida diaria

- Preguntar sobre ¿Cómo es la vivienda donde vive? ¿Cuántas personas viven con usted? ¿Tienen acceso a agua limpia y potable la mayoría del tiempo? ¿Tienen acceso a servicios públicos (agua entubada, drenaje, electricidad)? (Aquí se indaga ya sea por observación directa o se pregunta).

- Generalmente cuando cocinan alimentos ¿Dónde quién y cómo los cocinan? ¿Comen fuera del hogar seguido? ¿Qué tipos de alimentos son los que consumen con regularidad?

- ¿A qué se dedica usted? ¿Cómo es un día normal en su vida? En su trabajo diario o en sus actividades diarias ¿Nota usted algo que pudiera considerarse un riesgo para su salud? ¿Qué tan frecuentemente hace ejercicio? ¿Tiene algún pasatiempo?

- Aproximadamente ¿qué proporción de sus ingresos mensuales dedica a cuidarse física o mentalmente? ¿Le dan algún apoyo de salud en el trabajo? ¿Le han dado en empleos anteriores?

Bloque 3: Punto de inflexión / evento clave en materia de salud

(Pedir a la persona que cuente el evento o situación que está pasando. En caso de que la entrevista se desvíe o no este fluyendo, utilizar las preguntas guía. En este punto es deseable que se toquen los siguientes temas: 1) gasto en salud y

cómo se pagó el servicio 2) percepción de las condiciones de infraestructura en los centros de salud 3) trato del personal y determinar elementos de discriminación, 4) cómo la familia y la comunidad participan en estos casos).

- Platícame cuál ha sido tu experiencia yendo a centros de salud para atenderte en caso de alguna enfermedad o accidente ¿Generalmente va a clínicas públicas o privadas o farmacias? ¿Cómo es la atención del personal?

- ¿Siente usted que en hospitales y clínicas públicas el personal médico trata a sus pacientes (o a usted) con respeto y calidez? ¿Demoran demasiado? (Pedir que se cuente una experiencia).

- ¿Ha ido a hospitales y/o clínicas privadas? ¿Qué opina de ellas? ¿En qué medida ha sido diferente la atención? ¿Cree que el servicio varía según la clínica a la que va? ¿Todas le cobran los mismos precios?

- ¿Qué tan lejos queda la clínica más cercana a su domicilio en caso de existir una emergencia médica? ¿Qué medio de transporte usa para llegar ahí? ¿Es caro llegar a la clínica? ¿cuánto le cuesta?

- En las clínicas u hospitales donde le han atendido ¿Tienen todos los equipos médicos y medicinas para atenderle? Si no ¿Qué se hace? ¿Le piden pagar con su dinero el tratamiento? Si sí, ¿normalmente lo paga al momento o prefiere esperar?

- Cuando algún miembro de su hogar se enferma ¿Quién cuida de esa persona generalmente? ¿Tienen que acomodar su rutina de alguna manera? ¿Han tenido algún evento donde tengan que pagar de su dinero para una emergencia o accidente?

Bloque 4: Adaptación y respuesta

(Pedir a la persona que cuente la situación después de dicho acontecimiento de salud o si no ha terminado en qué situación se encuentra. Es importante aquí resaltar cómo la persona se adapta y cambia en función de esta situación de salud).

- ¿Cómo se siente hoy después de todo esto? ¿Cuál ha sido la manera en que usted, su familia y amigos se han adaptado y respondido a esta situación? ¿Qué le hubiera gustado que fuera diferente de todo esto?

- ¿Cómo le ha afectado en su vida diaria los percances de salud que le han ocurrido? ¿En su vida familiar o de comunidad? ¿En sus ingresos? ¿En su empleo (faltar por ir a la clínica, amenazas de despedirle si no va, etc)? ¿En su salud mental?

- ¿Qué le gustaría a usted que hiciera el gobierno para mejorar las condiciones de salud en su comunidad? ¿Qué cree que las personas comunes o las organizaciones podrían hacer para lograr eso?

**AMNISTÍA INTERNACIONAL
ES UN MOVIMIENTO GLOBAL
DE DERECHOS HUMANOS.**

**LAS INJUSTICIAS QUE
AFECTAN A UNA SOLA
PERSONA NOS AFECTAN
A TODAS LAS DEMÁS.**

CONTÁCTANOS

 info@amnesty.org

 +44 (0)20 7413 5500

ÚNETE A LA CONVERSACIÓN

 www.facebook.com/AmnistiaAmericas

 @AmnistiaOnline

LA DEUDA DE LA SALUD

“La deuda de la salud” analiza la garantía del derecho a la salud en Paraguay a partir de la situación del sistema público sanitario. Existen múltiples barreras de acceso que excluyen a gran parte de la población y dificultan el pleno goce del derecho a la salud. El sistema de salud pública en Paraguay es segmentado, tiene brechas en inversión y atención, y está determinado por el estatus laboral y la capacidad adquisitiva de los hogares. En materia de gasto público, el Gobierno central paraguayo gasta alrededor del 4% del PIB, por debajo del mínimo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (6%) para poder asegurar la cobertura universal. Amnistía Internacional considera que la reforma al sistema de salud requiere de medidas que atiendan el problema desde el punto de vista de políticas de salud en diferentes niveles, acciones para reducir la desigualdad en el acceso, e incrementar recursos públicos a través de una política fiscal progresiva.

ÍNDICE: AMR 45/7965/2024

MAYO DE 2024

IDIOMA: ESPAÑOL

[amnesty.org](https://www.amnesty.org)

