
PARAGUAY

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

El territorio de la República del Paraguay se encuentra ubicado en el centro de América del Sur, regado por dos grandes ríos: el Paraguay y el Paraná. El río Paraguay divide al país en dos regiones muy diferenciadas: la occidental, una llanura relativamente árida, y la oriental, mucho más poblada y rica.

Administrativamente, además de la capital, Asunción, el país cuenta con 17 departamentos, subdivididos a su vez en 264 distritos. El Poder Ejecutivo es de régimen presidencialista y el Poder Legislativo, bicameral.

La apertura democrática se inició en 1989 con la elección directa de los gobiernos municipales. La nueva Constitución Nacional, las elecciones presidenciales de 1993, las municipales de 1996 y las proyectadas elecciones presidenciales y departamentales de 1998 señalaron un proceso de madurez democrática que permitió superar una crisis militar en abril de 1996.

El país tiene una superficie de 406.752 km² y su población se estimó en 1997 en 5,1 millones de habitantes, de los que 40,3% tienen menos de 15 años de edad, 56,2% entre 15 y 65 y 3,5%, 65 años y más. La elevada tasa de crecimiento demográfico constituye uno de los rasgos condicionantes del desarrollo social del Paraguay. Entre 1950 y 1992 el país triplicó su población y entre 1982 y 1992 la tasa promedio de crecimiento anual fue de 3,2%.

Se ha observado una tendencia decreciente de la tasa de natalidad, que pasó de 37,7 por 1.000 en 1972 a 33,8 por 1.000 en 1992. Se está dando también una sostenida disminución en la mortalidad infantil estimada, que pasó de 53,1 por 1.000 en los años setenta a 43,3 por 1.000 en 1995.

La esperanza de vida al nacer que en los varones se estimó en los años cincuenta en 60,6 años, llegó a 68,1 años en 1996. En las mujeres pasó de 69,1 a 71,9 años.

La tasa global de fecundidad a nivel nacional en el período 1990–1995 fue 4,5 hijos por mujer. En la Encuesta de Salud Reproductiva de 1990 fue de 4,7 hijos por mujer.

La densidad de población es de 12,5 habitantes por km², con notables diferencias entre distintas áreas del país. A la región occidental o Chaco paraguayo corresponde casi 61% de la superficie del país y en ella reside solo 2,5% de la población. En la región oriental la distribución poblacional es bastante desigual, con unos 4.200 habitantes por km² en Asunción, 350 en el departamento Central y de 15 a 45 en los departamentos de Guairá, Cordillera, Caaguazú, Alto Paraná, Paraguari e Itapúa.

Según datos del censo de 1992, 50,3% de la población es urbana y 49,7% rural, aunque se estima que en 1995, 53% de la población ya vivía en áreas urbanas.

Un factor importante en la organización social del Paraguay es la lengua. El guaraní constituye un elemento clave de la identidad cultural del país, pero el español se utiliza en la educación formal y como lengua de uso oficial, aunque desde 1994 es obligatoria la enseñanza del guaraní en la educación primaria y secundaria. Los datos aportados por el Censo de Población y Vivienda de 1992 revelan que casi 40% de la población del país es monolingüe guaraní y casi 50% bilingüe de algún tipo.

La ausencia de una política agraria, los bajos salarios, el desempleo elevado, la escasez de vivienda, los altos niveles de deserción escolar, las necesidades de salud insatisfechas para los sectores sociales más desfavorecidos y la acentuación de las desigualdades son los desafíos que ha enfrentado la joven democracia. La riqueza sigue fuertemente ligada a la tenencia de la tierra. La ganadería y la agricultura son los principales sectores productivos, aunque en los últimos años se ha intensificado un proceso de diversificación que plantea nuevas modalidades de apertura a los mercados a los sectores tradicionales.

El Mercado Común del Sur (Mercosur), formado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, comenzó a funcionar en

enero de 1995 e integró al Paraguay en un proceso acorde con el nuevo orden mundial y regional. El Mercosur se ha establecido en una coyuntura difícil para el país y plantea tanto oportunidades como riesgos. El país debe enfrentar la inserción en un mercado altamente competitivo, con socios de mayor envergadura demográfica, social y económica.

La base económica del país es la agricultura, especialmente la producción de algodón y soja para el mercado externo. El sector agropecuario genera 26,7% del producto interno bruto (PIB), emplea 35,8% de la población activa y produce 90% de las exportaciones registradas. De estas, alrededor de la mitad son de tipo primario, sin procesamiento alguno. El dinamismo del sector agropecuario ha disminuido en los años noventa en comparación con otros sectores de la economía paraguaya. La industria y la construcción generan 21,6% del PIB y los servicios 51,7%. Las centrales hidroeléctricas binacionales de Itaipú y Yacyretá brindan al país una enorme disponibilidad de energía y recursos financieros.

En los primeros años de la presente década la tasa de crecimiento del PIB disminuyó hasta alcanzar su nivel más bajo en 1992 con una tasa de 1,8%. En los años 1993–1995 el crecimiento anual del PIB fue respectivamente de 4,1%, 3,1% y 4,7%, pero en 1996 volvió a disminuir hasta 1,3% según cifras provisionales. La inflación se halla en niveles que podrían ser considerados aceptables: 10,5% y 8,2% en 1995 y 1996, después de haber alcanzado un 44% anual en 1990. Dicha reducción no ha sido sin costos, ya que las políticas antiinflacionarias pueden haber sido uno de los factores que más contribuyeron al lento crecimiento del PIB durante los últimos años.

En el área externa se ha logrado revertir la tendencia de las reservas internacionales que a finales de la década pasada estaban en declive. Sin embargo, la balanza comercial sigue siendo deficitaria y el déficit ha aumentado en los últimos cinco años debido a la brecha entre las exportaciones (en 1996, US\$ 1.048 millones) y las importaciones (en 1996, US\$ 2.658 millones).

Con un ingreso promedio anual de US\$ 1.634 per cápita (cifras preliminares para 1996) e indicadores sociales que muestran deficiencias en salud, nutrición, educación, vivienda, etc., el Paraguay ha sido clasificado entre los países de desarrollo medio según la metodología utilizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo para elaborar el índice de desarrollo humano.

El problema del empleo en el Paraguay no es la desocupación abierta sino la falta de trabajos capaces de proporcionar ingresos suficientes para alcanzar niveles mínimos de subsistencia. Se estima que tres cuartas partes de los trabajadores rurales desempeñan su actividad en explotaciones familiares.

Los datos sobre desempleo de distintas fuentes no son coincidentes. El Banco Central da un desempleo para el período 1992–1996 de alrededor de 9%, que llega en 1996 a 9,8%.

El Departamento de Política Industrial del Ministerio de Industria y Comercio da para 1995 una tasa de 13,7%, dato que se explica por la suma de las tasas de desempleo abierto y oculto. El desempleo abierto (personas que buscan trabajo sin poder hallarlo) fue ese año 5,3% en las áreas urbanas y 3,4% a nivel nacional. El desempleo oculto (personas que no buscaban trabajo porque a pesar de querer o necesitar trabajar consideran que no podrán hallar algo que satisfaga sus expectativas) alcanzó 10,3% en 1995 a nivel nacional.

La participación de las mujeres en el mercado de trabajo ha aumentado sin cesar y cada día son también más las mujeres que acceden a los diversos niveles de la educación formal.

Según estudios recientes, al menos 30% de la población se encuentra por debajo de la línea de pobreza básica. El método utilizado para esa estimación consiste en estimar el costo de satisfacción de las necesidades alimentarias de las personas, entre otras necesidades consideradas básicas, y compararlo con el ingreso personal o familiar. De este modo se diferencian la indigencia o extrema pobreza, que se refiere a las personas que no logran satisfacer sus necesidades de alimentación, y la “pobreza básica” que se refiere a la incapacidad de satisfacer todas las necesidades básicas (alimentación, vestido, vivienda, etc.). La proporción de pobreza básica alcanza alrededor de 55% en las áreas rurales, afectando sobre todo a mujeres y niños. Desde los años ochenta las áreas urbanas han mostrado cierta estabilidad en cuanto a porcentaje de pobreza básica, pero se ha registrado un aumento de la pobreza extrema, de 15% a 21%.

Hay un problema importante de vivienda. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1992, algo más de la mitad del total de las viviendas están ubicadas en el área urbana con un promedio de 4,6 habitantes por vivienda, razón que llega a los 5 habitantes por vivienda en la zona rural. Persiste un déficit acumulado de más de 350.000 viviendas y una demanda anual no satisfecha de unas 15.000 unidades. El hacinamiento, expresado en un promedio de tres o más personas por habitación, afecta a 30% de la población. En cuanto a la calidad de las viviendas, presentan deficiencias básicas algo más de un tercio del total, con diferencias marcadas entre el medio urbano (con una proporción de 23% de viviendas con deficiencias básicas) y el medio rural (49%).

Considerando analfabeta a la persona de 10 años y más que no ha aprobado el segundo grado, la proporción de analfabetismo llega a 9,4%. La tasa es mayor en mujeres, excepto en el grupo de 10 a 14 años donde la tasa masculina excede a la femenina. El analfabetismo ha mostrado una tendencia decreciente, de 21% a 9,4% entre 1982 y 1992, aunque la evolución muestra diferencias desfavorables importantes para las zonas rurales y para las mujeres. La matriculación en el nivel primario alcanza 95%, pero son muy altas las

tasas de repetición de curso (9% a nivel nacional y 10,4% en zonas rurales) y de deserción escolar. Solo 51% de los niños que iniciaron el primer grado en 1986 completaron el sexto grado.

Mortalidad

Según la mortalidad registrada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en 1995 y la tasa bruta de mortalidad (5,43 por 1.000) estimada por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos, el subregistro de la mortalidad sería de 38,7%. Este promedio nacional presenta notorias diferencias por región geográfica. En 1995, 37% de las defunciones registradas de menores de 1 año ocurrieron sin atención médica. Por otra parte, entre las defunciones con certificación médica, la proporción de defunciones atribuidas a signos y síntomas mal definidos alcanzó 10,3% en 1995.

Los datos sobre mortalidad que se presentan a continuación son los disponibles, que corresponden en su totalidad a las defunciones registradas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Así pues, al interpretarlos debe tenerse en cuenta el subregistro mencionado.

En 1995 el Ministerio de Salud Pública registró un total de 16.069 defunciones. Analizadas según los grupos de causas utilizados en las *Estadísticas de salud de las Américas* de la OPS, a las enfermedades del aparato circulatorio le corresponden 34,5% de las defunciones. Las neoplasias malignas y causas externas siguen a continuación, cada una con 12%. A las enfermedades transmisibles corresponde 11,4% de las defunciones registradas y a las afecciones originadas en el período perinatal, 3,9%. Analizadas por edades, 12,6% del total de las defunciones ocurren en menores de 5 años, 2,1% en niños de 5 a 14 años, 18,9% en población adulta de 15 a 49 años, 15,7% en personas de 50 a 64 años y 50% en población de 65 años y más. En 1991, 17,2% de las muertes ocurrieron en menores de 5 años y 46,6% en los de 65 años y más.

La estructura de la mortalidad en las 18 regiones sanitarias es bastante similar a la de la mortalidad nacional. Las enfermedades del aparato circulatorio aparecen como primera causa en 13 de las 18 regiones. Los tumores son la segunda o tercera causa en 16 de las 18 y las causas externas figuran como segunda o tercera causa en 12 regiones. No obstante, llama la atención que las causas externas constituyan la primera causa en cuatro regiones (Alto Paraná, Amambay, Cañendiyú y Boquerón).

Las muertes por accidente (códigos E800–E949 de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades) ocupan un lugar preponderante en la mortalidad total del país, siendo la causa de 7 de cada 100 defunciones regis-

tradas y ocupando por tanto uno de los primeros lugares entre las causas de mortalidad.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del niño

En 1995 se registraron 1.570 defunciones de menores de 1 año, de las cuales 43% se debieron a infecciones neonatales, neumonía, influenza, diarrea, meningitis o tétanos. La tasa de mortalidad infantil registrada en 1991 fue de 24 por 1.000 nacidos vivos y disminuyó en 1995 a 19,7 por 1.000, según datos de los certificados de defunción. A pesar del subregistro los datos de 1995 muestran variaciones desde 32,4 por 1.000 en Alto Paraná hasta 16,2 por 1.000 en Asunción.

En 1995 la mitad de las defunciones registradas de menores de 1 año ocurrieron durante los primeros 28 días de vida. La tasa de mortalidad neonatal fue de 9,8 por 1.000 nacidos vivos y las lesiones debidas al parto fueron responsables de 38% de estas defunciones, las infecciones del recién nacido de 18% y la prematuridad de 15%. La tasa de mortalidad posneonatal fue de 9,9 por 1.000 nacidos vivos y la neumonía, la influenza y las diarreas fueron las principales causas. La tasa de mortalidad en niños de 1 a 4 años de edad en 1995 fue de 5,7 por 1.000 nacidos vivos registrados. Las principales causas de defunción fueron la neumonía, la diarrea y los accidentes.

Los únicos datos de morbilidad disponibles son los registrados por los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, datos que adolecen de deficiencias de cobertura y calidad. Para el grupo de menores de 5 años las primeras causas de consulta en 1995 fueron las infecciones respiratorias agudas, que generaron 146.971 consultas, mientras que las enfermedades diarreicas agudas generaron 30.729, las parasitosis 27.421 y las anemias 16.652.

En 1995 se registraron 147 defunciones en este grupo de edad, 55% de las cuales ocurrieron en varones. Las causas externas (CIE-9, E800–E999) constituyeron la primera causa de muerte con 30% de las defunciones en este grupo. Las enfermedades respiratorias (CIE-9, 460–519), segunda causa de defunción, fueron responsables de 13% de las muertes, y los tumores fueron la tercera con 10% de las muertes.

Entre las causas externas los accidentes de tránsito fueron responsables de una de cada tres defunciones y las armas de fuego, de 14%.

En cuanto a morbilidad, en 1995 el Ministerio de Salud Pública registró como motivos principales de consulta en sus establecimientos para el grupo de 5 a 9 años las infecciones respiratorias agudas, las parasitosis, la anemia, los accidentes y las diarreas.

La salud del adolescente

En 1995 se registraron 529 defunciones en el grupo de 10 a 19 años de edad, siendo las causas externas el principal motivo de defunción, responsable de 53% del total de muertes. Los tumores constituyeron la segunda causa de muerte con un peso relativo muy inferior, de 6%. Entre las causas externas las lesiones de tránsito produjeron 23% de las defunciones. Mientras en el grupo de 10 a 14 años no hay diferencias significativas por sexo, en el grupo de 15 a 19 años 79% de las defunciones ocurren en varones.

Las principales causas de consulta en establecimientos del Ministerio de Salud Pública para el grupo de 15 a 19 años fueron en 1995 las infecciones respiratorias agudas, las anemias, los accidentes y las parasitosis.

La drogadicción, el alcoholismo y la delincuencia juvenil constituyen problemas serios en los jóvenes y son la consecuencia de los fenómenos de urbanización y marginalidad en las zonas urbanas.

La salud de la población adulta

Algo más de la mitad (53%) de la población del país tiene entre 15 y 60 años de edad y 28% del total de las defunciones se producen en este grupo. Del total de defunciones en estas edades, 62% ocurren en varones y 38% en mujeres.

Los accidentes, los homicidios y algunas enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la enfermedad de Chagas explican la mayor parte de las defunciones en la población adulta, particularmente en el grupo de 15 a 44 años. Entre las mujeres de 15 a 49 años de edad las principales causas de defunción son los tumores, los accidentes y las enfermedades del corazón.

En 1995 fueron registradas 104 muertes maternas de las que 29% correspondieron a abortos y 24% a sepsis. Las causas siguientes fueron "otras complicaciones del embarazo, parto y puerperio", las toxemias y las hemorragias, en ese orden.

En el grupo de 45 a 64 años las principales causas de mortalidad en 1995 son las enfermedades cardiovasculares y los accidentes.

En 1995, en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública los principales motivos de consulta a estas edades fueron las infecciones respiratorias agudas, la anemia, los accidentes y la hipertensión.

La salud del adulto mayor

En el grupo de edad de 60 años y más se halla 5,2% de la población, que aporta 56% del total de defunciones. Las prin-

cipales causas de defunción para este grupo de edad fueron en 1995 las enfermedades cardiovasculares (CIE-9, 391–398; 410–429; 441–459), con 28% de las muertes; la enfermedad cerebrovascular (CIE-9, 430–438), con 18%; los tumores (CIE-9, 140–239), con 13%; la diabetes (CIE-9, 250), con 6%; la neumonía y la influenza (CIE-9, 480–487), con 4%; y la hipertensión (CIE-9, 401–405), con 3% del total de las defunciones.

En este grupo de edad los principales motivos de consulta en establecimientos del Ministerio de Salud Pública fueron la hipertensión, las infecciones respiratorias agudas, la anemia y los accidentes.

La salud de la mujer

En 1995 la tasa de mortalidad materna fue de 130,7 por 100.000 nacidos vivos. En el país persiste una discriminación contra la mujer que afecta a todas las mujeres y especialmente a las de los estratos más pobres. De cada 10 analfabetos, 6 son mujeres. En algo más de la quinta parte de los hogares el responsable familiar es una mujer. En el Congreso Nacional 94% de sus miembros son varones y en el Gobierno hay solo una ministra. Apenas 3,2% de los titulares de préstamos y donaciones para el desarrollo son mujeres.

La mayor parte de las mujeres trabajan en ocupaciones no remuneradas y no registradas (agricultura familiar, tareas del hogar, cuidado de niños, ancianos y discapacitados). Las que trabajan con remuneración suelen recibir sueldos de menor cuantía que los de los varones que realizan tareas similares. Casi en la totalidad de los casos de violencia doméstica las víctimas son mujeres y niños.

En 1994 se creó la Secretaría de la Mujer, con rango de Ministerio, por medio de la cual el Gobierno ejecuta programas enfocados a los problemas de género (violencia contra la mujer, salud reproductiva y planificación familiar, educación sexual, capacitación laboral, etc.).

La salud de los trabajadores

Los riesgos para la salud relacionados con el medio laboral no se investigan ni existe una institución responsable de estos aspectos laborales de la salud. No obstante, los Ministerios de Salud Pública y Bienestar Social y de Justicia y Trabajo y el Instituto de Previsión Social coordinan mediante el Consejo de Seguridad y Salud Ocupacional las acciones de higiene y seguridad en el medio laboral.

No existen datos fidedignos sobre enfermedades ocupacionales. Hacen falta profesionales especializados en el área laboral y reglamentación técnica y jurídica de los códigos del trabajo y sanitario, respectivamente, en los capítulos referentes a condiciones y ambiente de trabajo.

Según datos del Instituto de Previsión Social (IPS), referidos exclusivamente a sus beneficiarios, en 1989 hubo un total de 2.714 casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional, lo que resulta en una tasa de 22,1 casos por 1.000 cotizantes. En 1993 se registraron 4.097 casos, aumentando la tasa a 29,6 casos por 1.000.

La salud de los discapacitados

La falta de información y los problemas de cobertura y definiciones hacen difícil una estimación adecuada de la situación en esta área. Según datos del censo de 1992 en Asunción se registraron 5.335 personas con discapacidades de todo tipo, mientras que en el Departamento Central se registraron 7.786.

La Ley 780 del 30 de noviembre de 1979 creó el Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales (INPRO). Desde 1985 dicho Instituto brinda en instalaciones propias servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de discapacidades. A partir de 1995, con objeto de lograr una extensión de cobertura de sus servicios, el INPRO integró a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en el campo de la discapacidad, a las que brinda asistencia técnica y financiera. El mismo año comenzó la implementación de un programa de rehabilitación basada en la comunidad, que incluye la atención extramural de la discapacidad y se está extendiendo al interior del país. El INPRO tiene registradas en todo el territorio a 22.000 personas discapacitadas.

La salud de los indígenas

Durante el último cuarto de siglo, en la medida que fue avanzando la ocupación del territorio por la colonización y las migraciones, el hábitat tradicional indígena fue restringiéndose, experimentando a la vez un acelerado deterioro. A pesar del esfuerzo llevado a cabo por organizaciones privadas y por el Instituto Nacional del Indígena (INDI), las comunidades indígenas han sufrido procesos intensos de deterioro y desintegración comunitaria.

Según datos del censo nacional de 1992, la población indígena totalizaba unas 49.500 personas, 43,8% menores de 15 años y 2,7% de 65 años y más. Esta población se distribuye en cinco familias (tupí guaraní, matakó-mataguayo, guaicurú, lengua-maskoy y zemuco) y 17 etnias.

La tasa global de fecundidad de la población indígena es en promedio de 5,7, presentando variaciones entre etnias que van de 3,7 para la etnia lengua a 7,8 para la etnia aché.

La mortalidad infantil —estimada por el método de Brass variante Coale-Trussel, aplicado a los resultados del censo de 1992— fue para el conjunto de la población indígena de

106,7 por 1.000 nacidos vivos, con una variación interétnica de 64 por 1.000 en la etnia maká a 185 por 1.000 en la etnia chamacoco.

Además de la tasa de mortalidad infantil máxima en el país, en la población indígena la frecuencia de la tuberculosis es 10 veces la media nacional. Casi 80% de las viviendas indígenas se encuentran infestadas por *Triatoma infestans*.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades transmitidas por vectores. La malaria representa un problema residual, con un número estable de casos que en los últimos tres años nunca excedió de 1.000. Hasta 90% de los casos, todos debidos a *Plasmodium vivax*, se concentran en ocho distritos de los departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canendiyú.

Desde la epidemia de dengue por serotipo 1 ocurrida en 1988–1989, en la que se registraron más de 40.000 casos, no se notificaron nuevos casos a pesar de que el vector, *Aedes aegypti*, mantiene infestadas casi todas las localidades del país.

La enfermedad de Chagas constituye actualmente la principal enfermedad transmitida por vectores y uno de los problemas relevantes de salud pública. La Comisión Intergubernamental para la Eliminación del *Triatoma infestans* y la Interrupción de la Tripanosomiasis Americana Transfusional ha estimado que en el Paraguay la prevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* es de 11,6%, proporción que está en disminución debido a las actividades de control. En 1986, 98% de la sangre para transfusión fue controlada serológicamente, y la prevalencia de anticuerpos antitripanosoma en donantes de sangre fue de 5,7% y 4,1%, respectivamente, en 1995 y 1996. En 5.042 embarazadas de los departamentos de Paraguari y Cordillera la prevalencia fue de 15% en 1995, y algunas encuestas en la población aborigen del Chaco dieron una prevalencia serológica de hasta 80%.

La leishmaniasis tegumentaria americana es también un problema de salud pública serio. Se producen alrededor de 1.000 casos anuales, aunque con un subregistro importante y una variabilidad anual que no se explica por hipótesis epidemiológicas sino por problemas de notificación. En los últimos años, 85% de los casos ocurrieron en tres departamentos: Canendiyú, Alto Paraná y San Pedro. La presencia de casos y su incremento se relaciona con la colonización de zonas de desarrollo agropecuario, por lo que la población más afectada es la masculina de mayores de 20 años.

Enfermedades inmunoprevenibles. El sarampión muestra una tendencia de franco descenso: hasta 1993 se produ-

cían epidemias cada tres años que superaban los 2.000 casos anuales; desde ese año hasta 1996 se registraron 2.066, 142, 69 y 13 casos, respectivamente. No obstante, a partir del mes de mayo de 1997 se produjo un brote que afectó principalmente al departamento del Alto Paraná, cuyas ciudades más pobladas —Ciudad del Este, Presidente Franco y Hernandarias— tienen límites con el Brasil. A finales de 1997 se habían notificado más de 300 casos, 180 de los cuales se confirmaron en el laboratorio o por nexo epidemiológico. El último caso de poliomielitis se produjo en 1985. En 1995 se investigaron 23 casos de parálisis flácida aguda y de enero a octubre de 1996, 19 casos, descartándose en todos ellos la participación de poliovirus salvaje. En los años 1992–1995 se registraron 18, 28, 18 y 16 casos de tétanos neonatal, con 8 casos registrados hasta octubre de 1996. De difteria se registró un caso en 1995 y no se produjo ninguno en 1996. En 1992 y 1993 se registraron 372 y 272 casos de tos ferina, respectivamente. En 1994 se registraron 49, 13 en 1995 y 16 en 1996.

Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales. Desde que se inició la epidemia de cólera en las Américas, el Paraguay ha notificado 7 casos, 3 en 1993 y 4 en 1996, todos confirmados por laboratorio y causados por *Vibrio cholerae* O1, biotipo El Tor, serotipo Inaba.

Entre 1992 y 1996 los servicios públicos de salud notificaron alrededor de 40.000 casos anuales de diarrea. Tanto el número como la proporción relativa de casos en mayores y menores de 5 años se mantuvo estable en el período (80% de casos en menores de 5 años y 20% en el resto).

Enfermedades crónicas transmisibles. La tuberculosis sigue constituyendo un problema de salud pública debido a su alta incidencia, principalmente en la población indígena y rural. Afecta en especial a los adultos de 15 años y más. En 1992 y 1993, la tasa de incidencia anual fue de 43,3 por 100.000 habitantes, en 1994 de 38,4, en 1995 de 36,1 y en 1996 de 37,2. De estos casos 95% son formas pulmonares; 45% fueron confirmados por baciloscopia en 1995. La notificación, en especial la de los casos confirmados por bacteriología, sigue siendo parcial e irregular, y los casos notificados no reflejan la verdadera magnitud del problema. Los últimos estudios de cohortes muestran tasas de curación de alrededor de 70% y tasas de abandono de 17%.

Entre 1992 y 1996 el registro de casos nuevos de lepra se mantuvo relativamente estable; 365, 338, 376, 227 y 386 fueron los casos registrados cada año del período. La tasa de prevalencia nacional es de 2,5 por 10.000, aunque existen problemas de subregistro. En los departamentos de Alto Paraguay, Amambay y Canendiyú se alcanzan las prevalencias máximas.

Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas continúan siendo el principal motivo de

consulta. En 1995 fueron la primera causa de muerte en el grupo de 1 a 4 años. El mismo año fueron causa de 14,5% del total de defunciones registradas en menores de 5 años. Entre 1991 y 1996 se reportaron unos 200.000 casos anuales.

Rabia. La incidencia de rabia canina en el Paraguay pasó de 227 casos en 1994 a 572 casos en el período de enero a octubre de 1996. En 1992 se produjeron tres casos de rabia humana; en 1996 fueron 6. En 1995 más de 15.000 personas acudieron a servicios de salud para ser atendidas por riesgo de rabia. En el área central del país se da la mayor frecuencia de rabia canina; 90% del total de los casos registrados en el país ocurren en los departamentos Central, Paraguari y Caaguazú; 80% de los casos ocurrieron en el departamento Central.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Desde 1986 hasta diciembre de 1996 se han registrado en el Paraguay 253 casos de sida, con una letalidad de 57%. Durante el primer cuatrienio de la epidemia la media anual de casos no llegó a 10. Durante el quinquenio siguiente se registraron unos 20 casos anuales y durante los últimos cuatro años el promedio fue 35. La incidencia anual es de un caso por 100.000 habitantes.

El grupo de edad más afectado por el sida es el de 30 a 34 años y le sigue el de 35 a 39. La distribución de los casos por sexo muestra que la epidemia incide sobre todo en varones, aunque los casos en mujeres son cada vez más frecuentes. En 1990 se registró el primer caso de sida en una mujer, cinco años después del primer caso nacional. A partir de entonces se produjeron cada año unos 10 casos de sida en mujeres.

En 66% de los casos ha habido exposición por vía sexual y al inicio de la epidemia casi siempre de tipo homosexual, aunque en el curso de los años se ha observado una mayor importancia relativa de la exposición heterosexual. Casi en 12% de los casos hay exposición por uso de drogas endovenosas, en 3,8% por transfusión sanguínea y en 2,9% de los casos hay exposición perinatal.

La información disponible sobre infección por VIH muestra que el grupo de edad más afectado es el de 20 a 24 años. La prevalencia de infección por VIH en donantes de sangre es de 0,2%, según datos del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea.

El registro de casos de sífilis se mantuvo casi constante desde 1988, con 763 casos, hasta 1990 con 765. A partir de 1992 se produjo un incremento de los casos registrados que llegaron a 1.022. Las cifras se mantuvieron estables posteriormente y en 1995 el Ministerio de Salud Pública registró 1.016 casos, de los que 263 (26%) se diagnosticaron en embarazadas y 56 (5,6%) fueron casos de sífilis congénita. En 1996 —hasta octubre— se notificaron 683 casos de sífilis. En 1996, solamente 66% de la sangre para transfusión se sometió a control serológico con VDRL. La prevalencia luética entre donantes fue de 3,4%.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Enfermedades y deficiencias de la nutrición. La desnutrición debida a ingesta inadecuada de proteínas y calorías no constituye un problema grave en el Paraguay. Sin embargo, las enfermedades carenciales como las anemias, el bocio endémico y algunas hipovitaminosis son muy frecuentes, principalmente en la población de menores recursos. Según el censo de 1993 de talla para la edad en escolares, la prevalencia nacional de desnutrición crónica fue de 10,3%. En áreas rurales esa tasa fue el doble y en alumnos de escuelas estatales casi triplicó la hallada en alumnos de escuelas privadas. El valor mínimo encontrado fue 3,7%, en Asunción; el máximo correspondió al departamento de Canendiyú, con 15,3%. En 1995 se registraron 88 defunciones, 33 de ellas en menores de 5 años, cuya causa básica fueron enfermedades nutricionales, avitaminosis y anemias (CIE-9, 260–269; 280–285).

Enfermedades cardiovasculares. El Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción realizó en 1991–1992 una encuesta en la que se estimó la prevalencia de algunos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La muestra estuvo formada por 1.606 personas de ambos sexos, de 20 a 70 años de edad, residentes en Asunción y algunas localidades del Gran Asunción. Se halló una prevalencia de diabetes de 6,1% y de 11,5% de intolerancia a la glucosa; hipertensión arterial en 11,5% (9,5% en varones y 12,4% en mujeres), y triglicéridos elevados en 17,2% de los varones y 10,4% de las mujeres. Se consideró obesa a 53,8% de la población encuestada —45,8% de los varones y 57,4% de las mujeres—; en 40% de la muestra se hallaron hábitos sedentarios, con mayor prevalencia en las mujeres de 30 a 49 años de edad.

En 1995 se registraron 5.537 defunciones por enfermedades del aparato circulatorio (CIE-9, 390–459). De ellas, 2.013 correspondieron a enfermedades cerebrovasculares (CIE-9, 430–438), 1.573 a infarto de miocardio y cardiopatía isquémica (CIE-9, 410–415) y 319 a hipertensión (CIE-9, 401–404). De las 5.537 defunciones de este grupo, 4.535 (82%) fueron registradas como ocurridas en personas de 60 años y más.

Tumores malignos. En 1995 se registraron 1.930 defunciones por tumores (CIE-9, 140–239), 12% del total de defunciones. La tasa de mortalidad por tumores para ambos sexos fue en 1995 de 40 por 100.000 habitantes, 46 por 100.000 en mujeres y 33 en varones. En las mujeres, el mayor número de muertes fue debido a tumores malignos de útero y de cuello uterino (12 por 100.000), seguida por los tumores malignos de mama (5 por 100.000) y de estómago (4 por 100.000). En los varones la tasa más alta correspondió a los tumores de tráquea, bronquios y pulmón (7 por 100.000), seguidas por

los tumores de próstata y de estómago (5 por 100.000, respectivamente unos y otros).

En las mujeres los tumores malignos de útero y cuello uterino, mama, estómago y las leucemias aparecen en este orden como las cuatro primeras causas de muerte por tumores malignos, totalizando 49,7% del total de muertes registradas por dichos tumores. De las 295 muertes atribuidas a tumores malignos del cuerpo y cuello del útero, 120 fueron registradas como originadas en tumores del cuello uterino, y de ellas 25% ocurrieron en mujeres menores de 45 años.

En los varones los tumores del aparato respiratorio, próstata y estómago y las leucemias constituyen las cuatro enfermedades malignas más frecuentes como causa de muerte, con 59% de las muertes registradas por tumores malignos.

Accidentes y violencia. Los accidentes y la violencia constituyen una causa importante de hospitalización y muerte. Los accidentes de tránsito son los accidentes más frecuentes, por delante de los accidentes laborales y domésticos. En 1995, 58% de las defunciones por accidentes y violencia se produjeron en personas de 15 a 24 años y 24% en adultos de 25 a 44 años; en 80% de estas muertes los fallecidos fueron de sexo masculino.

En los cuatro primeros meses de 1995 aumentaron en 40% las víctimas mortales producidas por el tráfico en relación con los cuatro primeros meses de 1994. Mientras en 1994 fallecieron 93 personas, en 1995 fallecieron 130; en 1994 se registraron 461 accidentes de tránsito y en 1995, 761.

En Alto Paraná los accidentes constituyen la segunda causa de muerte y los homicidios la tercera. Uno de cada cinco homicidios que ocurren en el país se registra en Alto Paraná.

En 1995 se registraron 515 homicidios (CIE-9, 960–969) que constituyeron 3,2% del total de las defunciones registradas; 91% de las víctimas de homicidio fueron de sexo masculino.

Trastornos del comportamiento. En 1991 se realizó un estudio sobre salud mental y hábitos tóxicos en personas de 12 a 45 años residentes en las 10 ciudades más pobladas del país. El estudio detectó abuso de sedantes, hipnóticos o estimulantes en 10,3% de la población estudiada y abuso de anfetaminas en 4,6%. La tercera parte (32%) de los encuestados fumaba o había fumado y, de ellos, 14% fumaban regularmente y 10% fumaban más de 10 cigarrillos diarios. La prevalencia de consumo de marihuana fue de 1,4%; la de cocaína, de 0,3%; la de consumo de analgésicos con finalidad no terapéutica, de 3,0%. El uso de sustancias inhaladas llegó a 2,5% de la muestra y el de sedantes sin prescripción médica, a 6,6%. Las sustancias con potencial adictivo más utilizadas son el alcohol y los analgésicos.

En 1995 fueron registradas 121 defunciones por suicidio (CIE-9, 950–958), de las que 70% correspondieron a personas del sexo masculino.

Salud oral. En 1995 se realizó una encuesta para determinar el índice CPO-D (dientes cariados, perdidos, obturados), pero sus resultados no están aún disponibles. Según estudios realizados en 1989 el mayor problema de salud oral es la caries dental, que afecta a 98% de los escolares y a 100% de los adultos.

Síndrome pulmonar por hantavirus. En noviembre de 1995 se produjeron varios casos clínicos de dificultad respiratoria en adultos e infección asintomática por hantavirus, variedad "Sin Nombre", en habitantes de la ciudad de Filadelfia, ubicada en el centro del Chaco paraguayo. De 24 casos probables, 23 tuvieron anticuerpos positivos, al igual que 4 de 27 contactos y 44 de 345 residentes en la localidad. *Calomys laucha* fue el roedor más frecuentemente capturado y también el que mostró mayor índice de anticuerpos positivos para el hantavirus variedad "Sin Nombre".

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

En la Constitución Nacional de 1992 se considera la salud como un derecho de todos los habitantes y se establece que el Sistema Nacional de Salud ejecutará "acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado".

La política nacional de salud busca básicamente responder a las necesidades de salud de la población, en coordinación con las instituciones del sector público y privado. Establece como prioridades la salud materno-infantil y la nutrición, el control de las enfermedades inmunoprevenibles, transmisibles y zoonosis, el saneamiento ambiental, el fortalecimiento de los servicios de salud, la coordinación interinstitucional, la participación comunitaria en el sistema de servicios de salud y la atención a sectores marginales y asentamientos de indígenas.

En diciembre de 1996 el Congreso sancionó la Ley No. 1.032 que crea el Sistema Nacional de Salud. El sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. A través del mismo se establecen conexiones intersectoriales e intrasectoriales concertadas. El sistema incorpora a todas las instituciones que fueron creadas con la finalidad específica de participar en actividades de salud.

La reforma del sector salud

La Ley del Sistema Nacional de Salud es parte de la estrategia de reforma del sector y contempla los principios de

equidad, calidad, eficiencia y participación social. Su implementación ha comenzado mediante un proceso de descentralización a nivel de los departamentos y direcciones regionales y con el desarrollo de dos proyectos apoyados por el Banco Mundial y el BID dirigidos al fortalecimiento de los servicios de salud en 11 departamentos en los que reside 71% de la población.

Para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social las principales estrategias son las siguientes: establecer un Sistema Nacional de Salud que complemente y coordine a los entes responsables de desarrollar actividades de salud, con el fin de mejorar la atención y aumentar la cobertura de los servicios; acompañar con acciones la política de descentralización del Gobierno nacional, con el refuerzo constante de la implementación departamental y distrital de los consejos de salud; fortalecer los sistemas locales de salud que permitan la autogestión de los diferentes niveles de atención, para optimizar la utilización de los recursos locales disponibles, y crear el Centro Nacional de Datos en Salud, ente dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuya finalidad será la recopilación y manejo de datos estadísticos que faciliten la gestión del sector. En este proyecto debe participar el sector privado.

Organización del sector salud

La coordinación del sector es responsabilidad del Consejo Nacional de Salud, constituido por instituciones clave del sector y presidido por el Ministro de Salud, con la responsabilidad legal de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas.

La atención de la salud es responsabilidad de tres subsectores. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Sanidad Municipal, la Corporación de Obras Sanitarias y el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. En el subsector paraestatal se integran el Instituto de Previsión Social (IPS), la Cruz Roja Paraguaya y el Hospital de la Universidad Católica de Nuestra Señora de la Asunción. El subsector privado, unificado en la Asociación de Hospitales, Sanatorios y Clínicas Privadas, está conformado por múltiples centros privados, laboratorios farmacéuticos y farmacias. Ha tenido un gran crecimiento en los últimos 10 años.

Al Ministerio le corresponde legalmente atender a toda la población no cubierta por otras instituciones del sector, especialmente los grupos más vulnerables y de escasos recursos económicos. De esta población, que oscila entre 60% y 65% del total, aproximadamente 40% no tiene protección y se concentra en el área rural y periurbana.

Del total de la población nacional, el Ministerio de Salud Pública da cobertura a 63%; los servicios privados a 15%; la

Sanidad Militar cubre alrededor de 3%; la Sanidad Policial a menos de 1%; el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción atiende aproximadamente a 5%. El Instituto de Previsión Social (IPS) es responsable de la atención de salud de alrededor de 13% de la población y en relación con los riesgos asociados con las enfermedades ocupacionales, los accidentes, la invalidez y la vejez. Tanto el Ministerio como el IPS están organizados en un sistema regionalizado, con diferentes niveles de complejidad. A la sanidad de los municipios le corresponde atender aspectos de salud pública tales como la recolección de los residuos domiciliarios, la desinfección de locales públicos y otros.

Organización de las actividades de regulación sanitaria

El Código Sanitario 836/88 establece que el Ministerio de Salud Pública es la máxima dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social. La Dirección de Vigilancia Sanitaria, dependiente de esta institución, tiene entre sus funciones el control del registro sanitario de todos los medicamentos de uso humano y se encarga de autorizar la comercialización de los mismos. No obstante, la estructura de la Dirección cuenta con pocos profesionales sobre los que recae la evaluación de todos los procesos administrativos destinados al registro de productos y la habilitación de instalaciones, incluidas todas las farmacias del país.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con un sistema de control de calidad mediante un convenio con la Universidad Nacional de Asunción, a través del Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica. Dicho centro realiza los análisis de control de calidad de los medicamentos antes de su comercialización y eventualmente durante esta, si el Ministerio realiza una intervención, ya sea por oficio o por denuncia. Actualmente se encuentran en proceso de implementación normas consensuadas por Mercosur para los controles de calidad de los productos farmacéuticos y la verificación de las buenas prácticas de fabricación.

La notificación de enfermedades transmisibles es obligatoria por ley nacional desde 1915 y esta obligatoriedad recae sobre la totalidad de los servicios de atención médica, ya sean públicos, privados o de la seguridad social, aunque en la práctica la cobertura de notificación está limitada a los servicios públicos y en menor medida a los del IPS. El Ministerio de Salud Pública es responsable por medio de la Dirección General de Epidemiología de recopilar las notificaciones. Hay 40 enfermedades o eventos de notificación obligatoria semanal, de los que 16 son objeto de vigilancia intensificada —notificación caso por caso, en forma inmediata, aun ante la sospecha clínica—; la infección por VIH/sida y el síndrome pulmonar por hantavirus son las dos últimas entidades in-

corporadas al sistema. Los resultados de la vigilancia se publican en un boletín epidemiológico trimestral. También forma parte del sistema de vigilancia la evaluación sanitaria de puertos, aeropuertos y terminales terrestres, a cargo de distintas dependencias del Ministerio de Salud Pública.

El Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), dependiente del Ministerio, fue creado en mayo de 1996 y es el organismo responsable del control y la protección de los alimentos a nivel nacional. La creación de este centro, la coordinación de las actividades de control por parte de la Comisión Nacional de Protección de Alimentos —integrada por los Ministerios de Salud Pública, Agricultura e Industria y Comercio— y la integración del Paraguay en el Mercosur han contribuido a que el control de alimentos adquiera considerable importancia.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Promoción de la salud. El Ministerio realiza actividades de educación y comunicación social en apoyo de los programas de sida, cólera, salud familiar, supervivencia infantil, prevención del uso indebido de drogas y del tabaquismo, nutrición y salud del adolescente. No obstante, no se ha evaluado el alcance nacional de dichos programas.

En marzo de 1997 se firmaron convenios con 10 municipios, incluido el de Asunción, para el desarrollo de una estrategia de municipios saludables.

El conocimiento de las formas de conservar la salud, así como de las medidas de prevención de enfermedades y accidentes es escaso, por falta de información y educación. Los programas de educación para la salud no cubren todo el país por falta de recursos humanos y financieros y a nivel de servicios se presta poca atención a las acciones de promoción.

La investigación en educación y comunicación para la salud es limitada y hay escasa articulación entre los sectores sociales para la coordinación y ejecución de programas conjuntos.

Servicios de agua potable y alcantarillado. En 1996 el abastecimiento de agua potable llegó a 48,3% de la población urbana y 18,3% de la rural, con un promedio nacional de cobertura de 27,1%. La cobertura del alcantarillado sanitario en el conjunto del país es de 14,8%. En el interior solo dos localidades cuentan con alcantarillado sanitario. La cobertura está concentrada en Asunción, donde la mitad de la población tiene cobertura de alcantarillado. No hay cobertura alguna en 11 departamentos del país y en los 6 restantes no alcanza a 10%.

El sistema de alcantarillado sanitario de Asunción descarga directamente en el río Paraguay. El caudal medio de las

aguas residuales es de aproximadamente 1,5 m³/segundo. Se estima que hasta el año 2000 no se llegaría a un caudal de alto riesgo de 5,0 m³/seg. La descarga tiene una dilución aproximada de 1/2.000, lo que evita la necesidad de plantas de tratamiento. Lo mismo ocurre en otras unidades que también descargan en el río Paraguay. Sin embargo, de continuar el aumento de la población y de la industrialización del país, el curso de agua puede resultar considerablemente contaminado.

Calidad del ambiente. La situación ambiental y de recursos naturales se caracteriza por el rápido proceso de deforestación, la pérdida de biodiversidad y el deterioro del ecosistema, con erosión del suelo en la región oriental, salinización en la occidental y la consiguiente pérdida de fertilidad. Diversos ecosistemas naturales y especies animales y vegetales están en peligro de extinción. La destrucción de los hábitats indígenas genera la consiguiente pérdida de identidad cultural. Hay problemas considerables de contaminación de las aguas superficiales y subterráneas —por grandes deficiencias en el manejo de los residuos sólidos y líquidos, domésticos e industriales— y de contaminación atmosférica, principalmente por el transporte terrestre y las actividades industriales. Los problemas más destacados son los vinculados a la ampliación de la frontera agrícola, los asentamientos humanos y las obras hidroeléctricas de Itaipú y Yacyretá.

La contaminación del aire es un problema menor, pero tiende a crecer en algunas ciudades, sobre todo en Asunción, como consecuencia del aumento del parque automotor y de la industrialización.

Existe un Programa de Salud Ambiental en el que participan todas las instituciones con responsabilidades ambientales o de agua y saneamiento. Sus principales componentes son el abastecimiento de agua potable y la disposición de excretas, el control de la contaminación, el mejoramiento, vigilancia y control de la calidad del agua y la disposición sanitaria de los desechos.

La Corporación de Obras Sanitarias, dependiente del Ministerio del Interior, se encarga de la provisión de agua potable y alcantarillado sanitario y pluvial para las poblaciones con más de 4.000 habitantes, mientras que las de menos de 4.000 son responsabilidad del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental.

El Ministerio de Agricultura y Ganadería regula la explotación de los recursos hídricos. Una vez al año se realizan análisis de metales pesados y plaguicidas, principalmente en el río Paraguay, fuente principal de agua potable para Asunción. Se cuenta con un laboratorio para detectar la contaminación producida por las fábricas de alcohol.

Los fondos para las acciones de atención al ambiente provienen del cobro por los servicios de agua y red cloacal y de impuestos sobre la venta de bebidas alcohólicas y no alcohólicas,

de la tributación de bienes inmuebles y de préstamos de bancos y organismos internacionales.

El Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental planifica, establece normas, elabora proyectos y construye obras para abastecimiento de agua y sistemas de disposición de excretas. Los servicios son administrados por juntas locales de saneamiento.

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas

Existen 18 regiones sanitarias que a partir de 1990 se han fortalecido mediante el incremento de recursos financieros y de personal y la descentralización que les confiere más autonomía y capacidad operativa. Los servicios están estructurados en cuatro niveles. El primer nivel o nivel primario brinda atención básica a localidades rurales aisladas y dispersas, con menos de 1.000 habitantes, y cuenta con recursos tales como voluntarios de salud, auxiliares de enfermería y obstetricia rural, y puestos de salud. El segundo nivel o nivel básico presta atención de complejidad mediana a poblaciones rurales y periurbanas de 2.000 a 20.000 habitantes. Tiene centros de salud con algunas camas (de 6 a 19) y un equipo formado por médicos, odontólogos, bioquímicos, farmacéuticos, enfermeros, obstetras, inspectores de saneamiento y personal técnico, administrativo y auxiliar. El tercer nivel o nivel básico complementario es responsable de satisfacer las demandas de atención de mayor complejidad, con servicios médicos generales y algunas especialidades. Cuenta con hospitales o centros de salud regionales. El cuarto nivel o nivel especializado desarrolla actividades integrales de atención en áreas especializadas y actúa como centro de referencia de la red de servicios regionalizados de salud. Tiene como recursos principales el Hospital Nacional, el Hospital del Cáncer y del Quemado, el Sanatorio Juan Max Boettner, el Hospital de Primeros Auxilios, el Laboratorio Central y el Instituto de Medicina Tropical.

No hay un plan sectorial que coordine el desarrollo de la capacidad instalada de las diversas instituciones. Cada una actúa por separado, lo que lleva a duplicaciones en las principales ciudades del país. En 1996 la capacidad física instalada de los subsectores público, paraestatal y privado estaba constituida por 1.140 establecimientos, de los cuales 47 eran hospitales, 25 hospitales regionales, 197 centros de salud, 657 puestos de salud o enfermerías y 214 clínicas y sanatorios. De los 1.140 establecimientos, corresponden 706 al Ministerio de Salud, 100 al IPS, 65 a la Sanidad Militar, 23 a la Sanidad Policial, 2 a la Universidad Nacional, 2 a la Universidad Católica, 1 a la Cruz Roja y 241 son privados.

El Ministerio cuenta con 10 hospitales especializados, 15 hospitales regionales, 137 centros de salud y 477 puestos de salud. El IPS mantiene un hospital central, 7 hospitales regio-

nales, 22 centros de salud y 70 puestos de salud. La Sanidad Militar tiene un hospital central, 3 hospitales divisionales, 35 centros de salud y 26 enfermerías. La Sanidad Policial tiene un hospital central y 22 enfermerías. La Universidad Nacional de Asunción mantiene el Hospital de Clínicas y el Hospital Neuropsiquiátrico. La Universidad Católica mantiene dos hospitales, uno en Asunción y otro en Villarrica.

El número total de camas se estima en 6.655, de las que 2.905 pertenecen al Ministerio de Salud, 1.816 al sector privado, 1.118 al IPS, 539 al Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, 187 al Hospital de las Fuerzas Armadas y 90 al Hospital Policial.

En 1995 se registraron en dependencias del Ministerio de Salud Pública 2.544.482 consultas y 94.696 egresos hospitalarios, de los que 45% fueron partos. El porcentaje de ocupación de camas fue de 45%. Según datos del Ministerio, en 1995 fueron asistidos por médicos 40% de los partos realizados en sus dependencias, otro 40% fueron atendidos por parteras o enfermeras, el 16% por empíricas y 4% por otro personal.

En 1995 se realizaron en establecimientos del Ministerio de Salud Pública 311.029 consultas prenatales; 30% fueron atendidas por médicos, 38% por enfermeras o parteras y 32% por auxiliares.

Existe una multiplicidad de servicios de diagnóstico por imágenes de los que se desconoce si cumplen o no las normas de protección y seguridad en la materia.

Se ha producido un avance importante en el control de la sangre para transfusiones y hemoderivados a partir del fortalecimiento del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. Por ley se ha establecido la obligatoriedad del tamizaje para la infección por VIH, la enfermedad de Chagas, la sífilis y la hepatitis B. Está en marcha la incorporación de pruebas de detección de hepatitis C. Mediante estrategias de capacitación del personal y provisión oportuna de reactivos se están superando las limitaciones que aún tiene el sistema para ejercer un efectivo control de los bancos de sangre públicos y privados.

Existe un déficit de profesionales de salud mental, especialmente en el medio rural, igual que de cursos de posgrado en psiquiatría y de psicólogos con experiencia clínica. La escasez de unidades y servicios de salud mental en los hospitales generales y centros de salud hacen de esta área una de las menos desarrolladas.

No existen mecanismos que permitan mantener actualizada la información del sector sobre los recursos físicos en lo que se refiere al número, complejidad de los establecimientos y grado de equipamiento.

Con relación a la atención de los adultos mayores existe un plan nacional dirigido por la Dirección General de Bienestar Social. Basado en la coordinación interinstitucional e intersectorial, integra programas sociales y comunitarios para el adulto mayor, programas de motivación y sensibilización de la sociedad, un programa de apoyo y fortalecimiento de insti-

tuciones de servicios al anciano y otro de adecuación de la legislación correspondiente.

Insumos para la salud

La industria farmacéutica nacional (o instalada en el país) se encuentra en una etapa inicial de desarrollo y está orientada, básicamente, a la formulación, fraccionamiento, envase y otras actividades relacionadas con el procesamiento final de los productos farmacéuticos. La totalidad de las materias primas son importadas. No existe una industria químico-farmacéutica en el país.

El Senado aprobó en noviembre de 1996 una ley sobre el control de calidad de los productos farmacéuticos, cosméticos, artículos de limpieza doméstica y afines, que debe continuar su trámite en el Congreso.

Se ha elaborado una selección nacional de medicamentos esenciales, con denominaciones comunes internacionales, basada en la lista confeccionada por la OMS. Dicha selección se utiliza para la adquisición y uso de medicamentos en los servicios de salud.

Actualmente para la compra de medicamentos se cuenta con el aporte presupuestario de algunas gobernaciones y municipios. Las adquisiciones se realizan a través de licitaciones públicas centralizadas en el Ministerio de Salud Pública. Para la información y capacitación existe una Farmacopea Nacional que data de 1943 y no ha sido actualizada. No obstante, la utilizada como referencia es la USP estadounidense actualizada.

Se han implementado en el país las farmacias sociales con provisión de un fondo inicial del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social mediante el cual se facilita el acceso a medicamentos esenciales a un costo mínimo.

Recursos humanos

Según datos del Ministerio el país contaba en 1995 con 3.730 médicos, 1.279 odontólogos, 433 licenciados en enfermería, 1.547 obstetras (parteras) licenciadas, 1.875 químico-farmacéuticos, 892 bioquímicos, 96 licenciados en trabajo social y 1.561 psicólogos.

Del total de 5.226 personas que en 1995 desempeñaban funciones en los servicios del Ministerio de Salud Pública, 13% eran médicos, 3,7% odontólogos, 1,2% bioquímicos, 9,5% enfermeras o parteras, 8% personal técnico, 37% auxiliares de enfermería y 25% personal administrativo o de servicio. La distribución del personal del Ministerio por regiones sanitarias fue bastante homogénea, aunque en 5 de las 18 regiones sanitarias se observó un déficit marcado de médicos en relación con la población.

En odontología la práctica es principalmente privada y congrega odontólogos, "idóneos dentistas" (auxiliares de dentistas) y un número elevado de "mecánicos dentales", que hacen prótesis, coronas, etc. En el sector público, el Ministerio de Salud Pública contaba en 1995 con cerca de 200 odontólogos, más de la mitad ubicados en Asunción y el Departamento Central, área en la que reside 34% de la población. En 8 de los 18 departamentos hay una falta importante de personal de odontología.

El Ministerio de Salud Pública ha hecho hincapié en la capacitación del personal en las áreas de administración hospitalaria, estadística y epidemiología, salud pública y atención materno-infantil, así como en el adiestramiento del personal técnico y auxiliar. Como complemento se ha instrumentado un proceso de redistribución del personal y de mejoramiento de las remuneraciones y otros beneficios, de acuerdo con el desempeño y la productividad. No obstante, existen fallas en la estrategia y en la planificación de las actividades de capacitación, así como en la vigilancia de los procesos educativos.

Investigación y tecnología en salud

La Universidad Nacional de Asunción participa por medio del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud en la investigación biomédica básica y aplicada, con ayuda financiera de organismos internacionales.

La docencia universitaria estimula poco la investigación científica y los cursos de metodología de la investigación son insuficientes. No se cuenta con un sistema de información que concentre el conocimiento científico y favorezca la difusión de las investigaciones. La mayor parte de las investigaciones en salud solo alcanzan la etapa descriptiva.

La actividad científica y tecnológica es de carácter coyuntural y no el resultado de una política explícita. El trabajo científico y tecnológico en salud cuenta con poca asistencia financiera, mínima estructura institucional, pronunciado déficit de recursos humanos y escasa producción tecnológica y de conocimientos.

Gasto y financiamiento sectorial

Del total del gasto sanitario, 20% proviene del presupuesto general de la nación; las contribuciones al IPS representan 26% y el 54% restante son gastos directos de la población.

El gasto público en salud como porcentaje del PIB fue en el período 1990–1993 de 1,2%. Entre 1984 y 1995 la participación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el presupuesto general de la nación mostró oscilaciones entre un mínimo de 4% y un máximo de 7,5%. Respecto a la parti-

cipación del gasto privado y del IPS, la falta de información no permite estimaciones precisas.

En 1996, 64% del financiamiento del presupuesto del Ministerio de Salud Pública tuvo su origen en recursos del Tesoro, 14% en pagos originados en la central hidroeléctrica de Itaipú, 6% en recursos propios, 6% en recursos de crédito externo, 5% en recursos especiales y 5% en otros recursos.

Los ingresos de los sistemas privados de prepago suman aproximadamente 26 millones de dólares anuales, lo que significa de 13% a 15% del gasto del sector público.

El IPS se financia básicamente con el aporte tripartito del empleador, el trabajador y el Estado. Además, cuenta con ingresos provenientes de las rentas que generan las inversiones de los fondos de reserva, los aportes al régimen especial, el aporte de los pensionados y jubilados, y el procedente de recargos, multas, etc. El trabajador aporta 9% del salario, el empleador 14% (calculado sobre los salarios de sus trabajadores) y el Estado 1,5% (calculado sobre el monto de los salarios sobre los cuales imponen las firmas patronales). En un régimen especial, los maestros del sector público y privado, los profesores universitarios, los trabajadores independientes y el personal de servicio doméstico aportan 8% de sus remuneraciones.

Cooperación técnica y financiera externa

El Gobierno ha concertado múltiples acuerdos de cooperación técnica internacional bilateral y multilateral, con el objetivo de ampliar la cobertura de los servicios de salud y mejorar la atención a la población. Así se ha contado con cooperación externa para el desarrollo de la red de servicios regionalizados de salud, el abastecimiento de agua y saneamiento en zonas rurales, el desarrollo y fortalecimiento institucional, la atención materno-infantil, los programas de alimentación y nutrición, el control de la lepra y otras enfermedades específicas, la prevención de la ceguera, la investigación de un método de detección de la enfermedad de Chagas, el programa nacional de lucha contra el sida y los programas de inmunización, control de diarreas, saneamiento básico y salud rural.

El Gobierno ha concertado proyectos con el BID, el Banco Mundial y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), sobre todo enfocados a la atención materno-infantil. Dichos proyectos tendrán una duración aproximada de 5 años y cubren 12 departamentos en los que habita 73% de la población. El monto total asciende a US\$ 75 millones, correspondiendo 62% al BID, 30% al Banco Mundial y 8% a la JICA.

Existen otros proyectos de cooperación con el Banco de Fomento Alemán, organismos de cooperación de Alemania, Brasil, Francia y Japón, UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Fundación Kellogg, el Programa Mundial de Alimentos, el Programa de las Naciones

Unidas para el Desarrollo, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo del Canadá, el Club Rotario Internacional y el Cuerpo de Paz de los Estados Unidos.

La AID coopera en planes piloto de funcionamiento de consejos distritales de salud. UNICEF en salud materno-perinatal, supervivencia y desarrollo infantil y menores en circunstancias difíciles, con un aporte de 1,2 millones de dólares. Un préstamo del Banco Alemán de Crédito ha sido

totalmente invertido en infraestructura y equipamiento en el sur del país, y un remanente de US\$ 2,5 millones está pendiente de dedicarse a ampliación de servicios materno-infantiles en departamentos de dicha región.

El Gobierno de España ha concedido un préstamo por valor de US\$ 32 millones para equipamiento de hospitales especializados, establecimientos de la capital y puestos de salud en todo el país.