



# SITUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MATERNA, INFANTIL Y ADOLESCENTE EN PARAGUAY





SITUACIÓN DEL  
DERECHO A LA SALUD  
MATERNA, INFANTIL Y ADOLESCENTE  
EN PARAGUAY



# FICHA TÉCNICA

## SITUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD MATERNA, INFANTIL Y ADOLESCENTE EN PARAGUAY

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).

**Elaboración de contenidos:** Unicef.

### Revisión técnica

- Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Centro Paraguayo de Estudios de Población.
- Equipo de Transición del presidente Horacio Cartes.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, Dirección General de Información y Educación en Salud, Dirección de Salud Indígena, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Pastoral de la Infancia.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
- Sociedad Paraguaya de Pediatría.

**Fotografías interiores:** Alexandra Dos Santos, Francene Keery, Luis Vera y Martín Crespo/Unicef Paraguay.

**Diseño y diagramación:** Marina Jury / Entre Paréntesis.

**Impreso en** AGR Impresiones, Asunción, Paraguay.

**Tirada:** 1000 ejemplares.

**ISBN:** 978-99953-847-7-7.

Setiembre de 2013.

Material de distribución gratuita. Prohibida su venta.

### Acerca de Unicef

Unicef trabaja en más de 190 países y territorios para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y avanzar en la vida desde la primera infancia hasta la adolescencia. El mayor proveedor de vacunas a los países en desarrollo, Unicef apoya la salud y la nutrición de la infancia, el agua y el saneamiento adecuados, la prestación de educación básica de calidad para todos los niños y niñas, y la protección de los niños y niñas contra la violencia, la explotación y el sida. Unicef está financiado en su totalidad por las contribuciones voluntarias de individuos, empresas, fundaciones y gobiernos. Para obtener más información acerca de Unicef y su trabajo, sírvase visitar: <http://www.unicef.org>.

### Unicef Paraguay

Avda. Mariscal López esq. Saraví  
Edificio de las Naciones Unidas, 1<sup>er</sup> piso  
Tel.: (+595 21) 611 007/8  
[informacionpy@unicef.org](mailto:informacionpy@unicef.org)  
[www.unicef.org/paraguay](http://www.unicef.org/paraguay)  
 /UnicefParaguay  
 /UnicefParaguay  
 /UnicefParaguay

## PRESENTACIÓN

El presente documento analiza la situación del derecho a la salud de mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes del Paraguay, las inequidades y las disparidades que los afectan, con la máxima desagregación posible, así como las barreras y los obstáculos que impiden el mejoramiento de su situación. Se analizan las causas de las altas tasas de mortalidad, en base a información cualitativa y cuantitativa, y las respuestas del sector, y finalmente se emiten recomendaciones de políticas públicas para que este derecho sea garantizado a la niñez y la adolescencia en el país.

El análisis de situación es parte del mandato de Unicef y debe ser realizado por lo menos una vez durante el ciclo quinquenal de cooperación en todo el territorio nacional, con énfasis en áreas geográficas y grupos sociales de mayor vulnerabilidad. Elaborado en forma participativa, en colaboración con sus aliados gubernamentales y de la sociedad civil, el análisis de situación tiene el propósito de constituirse en un instrumento para la mejora de la comprensión acerca de la situación actual de los niños y niñas en el país, las causas de las deficiencias y desigualdades, así como para el seguimiento en la mejora del cumplimiento de sus derechos.

Paraguay reconoce en su Carta Magna<sup>1</sup> que la salud es un derecho, y que el Estado debe garantizarlo. Ese es el compromiso asumido, además, a través de la ratificación de distintos instrumentos internacionales de Naciones Unidas. En este sentido, el análisis de situación tiene como referencias los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Código de la Niñez (ley 1680/01), entre otros documentos nacionales e internacionales que constituyen los compromisos asumidos por Paraguay en relación con la infancia y la adolescencia.

El documento ha sido elaborado en base a la información disponible, debidamente respaldada con fuentes verificables, tanto de origen nacional como internacional, relativas al país. La información estadística incorporada muestra las tendencias históricas de los indicadores relativos al cumplimiento del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes. Sin



<sup>1</sup> Constitución Nacional, artículo 73.



El análisis de situación tiene el propósito de constituirse en un instrumento para la mejora de la comprensión acerca de la situación actual de la salud de las mujeres embarazadas, los niños, niñas y adolescentes en el país.

embargo, hay que tener en cuenta que las estadísticas existentes sufren de problemas de subregistro, los datos no presentan los niveles de desagregación deseable y las cifras medias esconden enormes disparidades geográficas, socioeconómicas y étnicas, que el documento pretende demostrar.

Esperamos que este documento contribuya con los esfuerzos del país para el diseño e implementación de políticas y estrategias que apunten al cumplimiento del derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes en Paraguay.



**Rosa Elcarte**  
Representante de Unicef  
en Paraguay



# CONTENIDO

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	<b>9</b>
<b>UN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL CICLO VITAL</b> .....	<b>16</b>
Primera infancia (0 a 5 años) .....	19
<b>a.</b> Mortalidad en la primera infancia .....	19
<b>b.</b> Morbilidad en la primera infancia .....	39
<b>c.</b> Factores causales de la alta morbimortalidad materna y de la primera infancia .....	43
<b>d.</b> Desafíos y recomendaciones en el corto y mediano plazo para combatir la morbimortalidad materna y de la primera infancia .....	47
Escolares (5 a 9 años) .....	50
<b>a.</b> Mortalidad en escolares: la violencia de los accidentes como primera causa de muerte .....	50
<b>b.</b> Morbilidad en escolares .....	50
Adolescencia (10 a 19 años) .....	51
<b>a.</b> Motos, tránsito inseguro, conductas de riesgo: primera causa de muerte de adolescentes .....	51
<b>b.</b> Morbilidad en adolescentes .....	54
<b>c.</b> Factores causales de la morbimortalidad en escolares y en adolescentes .....	59
<b>d.</b> Desafíos y recomendaciones para el corto y mediano plazo para combatir la morbimortalidad de escolares y adolescentes .....	65
Identificando prioridades a partir de lo expuesto hasta este punto .....	67
La etapa neonatal y la adolescencia como nudos críticos para combatir la enfermedad y la muerte en la infancia .....	67
Temas transversales a los ciclos de vida descritos .....	68
<b>a.</b> Discapacidad .....	68
<b>b.</b> Violencia .....	70
<b>c.</b> Desafíos y recomendaciones en el corto y mediano plazo para brindar atención integral a niños, niñas y adolescentes con discapacidad y a quienes sufren violencia .....	71
<b>d.</b> Acceso a la salud: la inequidad social impide un acceso universal .....	72



## EL CONTEXTO NORMATIVO, POLÍTICO E INSTITUCIONAL DE LA SALUD ..... 75

Marco legislativo internacional .....	75
Marco legislativo nacional .....	76
Marco normativo: el Estado como garante del derecho a la salud .....	78
Marco institucional y funcional del sector: no existe un sistema único de salud .....	79
Principales respuestas del sector salud .....	81
a. Gratuidad universal y progresiva .....	81
b. Implementación de la estrategia de atención primaria de salud (APS) .....	82
c. Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) .....	84
d. Descentralización y participación .....	85
e. Desarrollo institucional y de las personas que trabajan en salud .....	86
f. Inversión y ejecución presupuestaria en salud .....	86
g. Marco programático y estratégico .....	88

## FACTORES CAUSALES ESTRUCTURALES DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ..... 93

Legislación/políticas: enorme abismo entre sus enunciados y la realidad .....	93
Inversión en salud: aún es insuficiente y está mal aprovechada .....	94
Gestión/coordinación: estructuras estatales obsoletas, complejas, múltiples y superpuestas .....	94

## DESAFÍOS EN REFERENCIA A LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES QUE DEBEN HACERSE PARA ELIMINAR LA INEQUIDAD SOCIAL COMO CAUSA PRINCIPAL DE LA ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE VIVEN EN PARAGUAY ..... 96

### ANEXOS

Recomendaciones al Paraguay del Comité sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas .....	99
Cuadros y gráficos .....	100

## RESUMEN EJECUTIVO

Paraguay ha logrado avances considerables en la reducción de la mortalidad materna, mortalidad infantil y de menores de cinco años en las últimas décadas. Sin embargo, es preocupante la elevada mortalidad neonatal (especialmente en la primera semana de vida) y la mortalidad de adolescentes de entre 15 a 19 años, que constituyen respectivamente el 43% y el 20% del total de muertes en el grupo etario de 0 a 19 años.

La tasa de **mortalidad materna** bajó de 164 a 89 por 100.000 nacidos vivos del año 2000 a 2011. Sin embargo, la tasa de mortalidad materna es todavía una de las más elevadas de América Latina, comparable a países con menores niveles de desarrollo, y es insuficiente para cumplir con las metas fijadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, la tasa media esconde enormes disparidades que tienen que ver con los niveles sociales y de educación de las mujeres, su origen étnico o la zona geográfica de residencia. Así, en el área metropolitana de Asunción y Central, la tasa se reduce a 68,6 y, en cambio, en la región Occidental o Chaco, se eleva drásticamente a 135,7. Esto se debe en parte al número existente de profesionales de la salud por 10.000 habitantes (de 32,8 en Asunción a 4,8 en Boquerón).

Las tres demoras más frecuentes que ocurren para que las mujeres embarazadas o púerperas reciban una atención adecuada que evite sus muertes son: el tiempo que lleva a la mujer a consultar a un servicio de salud desde el momento de la aparición de la sintomatología (debido a falta de información para identificar signos de alarma, porque no tienen con quien dejar a los otros hijos, etc.); el tiempo que consume el traslado desde su domicilio al establecimiento de salud (debido a la falta de caminos o de transporte en zonas rurales e indígenas); y el tiempo que pasa desde la llegada al establecimiento de salud hasta que recibe los cuidados necesarios<sup>2</sup>.

A pesar de que los partos institucionales han aumentado en líneas generales de 83% en 1996<sup>3</sup> a 95% en 2011, con cifras que van del 99,9% en Asunción a 79,1% en Canindeyú<sup>4</sup>, la

<sup>2</sup> MSPBS/OPS: *Proyecto Ramos Prospectivo en el Paraguay: Octubre 2007 – Setiembre 2008. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la salud y mortalidad materna en el Paraguay*. Asunción, 2009.

<sup>3</sup> Gabinete Social 2011: *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010. Primer informe del gobierno*. Unidad Técnica del Gabinete Social, Presidencia de la República. Asunción, 2011. Porcentaje registrado de parto institucional.

<sup>4</sup> MSPBS, OPS: *Indicadores básicos de salud*. Asunción, 2013.



mayoría de las muertes maternas se dan por **causas prevenibles** durante el parto o en los días subsiguientes: hemorragias, complicaciones postaborto y toxemia.

Es importante destacar que el 20% de las muertes maternas se registra en adolescentes embarazadas. Si bien disminuyó la tasa de fertilidad en los últimos años a 63 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años, los embarazos en adolescentes, y sus consecuencias, siguen presentes. Del total de nacidos vivos registrados en el año 2009, el 23% correspondía a recién nacidos hijos de madres adolescentes; 11% de ellos correspondió a madres niñas de entre 10 a 14 años.

Esta situación debe ser relacionada con la carencia de información amplia sobre salud sexual y reproductiva que tienen los niños, niñas y adolescentes en sus familias, escuelas, colegios y otros espacios ciudadanos; en la resistencia a abordar este tema por parte de muchas familias; en el bombardeo sensorial que reciben sobre estos temas a través de los medios masivos de comunicación; en el hecho de que la mayoría de las primeras relaciones sexuales no son planificadas; en el abuso sexual; y en la probable incapacidad de negociación de las adolescentes con sus pares varones.

Es importante destacar que en los últimos 20 años la tasa registrada de **mortalidad infantil** se ha reducido en más de la mitad, pasando de 30,4 en 1990 a 15,2 en 2011. Una disminución de similar magnitud se produjo en la tasa registrada de **mortalidad en menores de 5 años**, la cual ha pasado en esos mismos años de 40 a 17,5.

Esta disminución de la mortalidad infantil –debido a que las muertes por diarrea, neumonías y otras enfermedades transmisibles fueron disminuyendo– se debe a los avances en la disponibilidad y acceso a vacunas, la expansión de las redes de saneamiento básico y agua potable y del uso del suero oral, el acceso progresivo a

servicios de salud, la implementación gradual de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, entre otras intervenciones realizadas por el país, y debe destacarse como algo muy positivo.

Sin embargo, la **mortalidad neonatal**, es decir, aquella que ocurre en los primeros 28 días de vida, apenas ha descendido de 14,4 por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 11,2 por 1000 nacidos vivos en 2011, y es una de las más altas de la región. En Paraguay, 7 de cada 10 niños y niñas que mueren antes del primer año de vida lo hacen en el periodo neonatal, y casi 6 de cada 10 lo hacen en la primera semana de vida.

Las principales causas de muertes neonatales<sup>5</sup> son las lesiones debidas al parto (45%), la malformación congénita (24%) y las infecciones del recién nacido (12%), y están en relación con las condiciones maternas, del parto y las circunstancias que acontecen durante las horas y días transcurridos antes y después de éste. Más del 65% de los casos pueden prevenirse con un manejo obstétrico perinatal oportuno y de calidad. El momento en el que ocurre la mayoría de las muertes neonatales (80% antes de la primera semana y 50% en el primer día) habla de la necesidad de mejorar la calidad del manejo obstétrico y perinatal, ya que en su gran mayoría las muertes ocurren estando los bebés internados.

De los niños y niñas que nacen en los servicios, casi el 60% lo hace por vía cesárea, y menos de la mitad recibe apego precoz y lactancia materna en la primera hora de vida.

Esta situación revela la insuficiente cantidad y calidad de atención en los servicios de salud materno-infantil del país debido a los limitados recursos humanos, mal distribuidos, con una formación de pregrado no siempre adecuada, ausencia de carrera sanitaria, un sistema aún incipiente de referencia, contrarreferencia, transporte y comunicación y dificultades en la logís-

<sup>5</sup> Datos de 2011 conforme a las categorías del CIE 10. MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Dirección de Bioestadística. Asunción, 2013.

La mortalidad neonatal, es decir, aquella que ocurre en los primeros 28 días de vida, apenas ha descendido de 14,4 por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 11,2 por 1000 nacidos vivos en 2011, y es una de las más altas de la región.



tica de insumos y medicamentos, entre ellos, de sangre segura.

Asimismo, la falta de acceso de las mujeres a información sobre salud sexual y reproductiva, el desconocimiento de los signos de alarma de una complicación obstétrica y barreras culturales, económicas, geográficas son causas subyacentes de los índices de mortalidad materna e infantil.

Una significativa cantidad de muertes en menores de un año es debida a malformaciones congénitas (24% de las muertes en menores de un año<sup>6</sup>). Esto debe ser tomado como un signo de alarma, considerando los graves efectos de la exposición a medioambientes contaminados.

Los indicadores de mortalidad en la niñez revelan también las enormes inequidades territoriales, sociales, económicas y étnicas existentes en el país, que afectan en particular a la salud de los niños y niñas. Así, las tasas de mortalidad son mucho más elevadas en las zonas rurales y urbano-marginales (la mortalidad neonatal oscila desde 9,6 por 1000 nacidos vivos en Asunción a 18,6 en Boquerón y 15,3 en Alto Paraná y Concepción), entre los niños y niñas pertenecientes a familias pobres e indígenas, excluidos del acceso a servicios sanitarios de calidad, de servicios adecuados de agua potable y saneamiento y educación. Esta acumulación de exclusiones trae consigo que algunos niños y niñas se enfermen, se desnutran y mueran más que otros.

Hay que destacar que la mortalidad infantil en los pueblos indígenas de Paraguay es cuatro veces mayor que en el resto de la población infantil del país, y es la más alta de América Latina.

En cuanto al **perfil nutricional**, si bien se han logrado enormes avances en la protección nutricional a menores de cinco años, los trastornos nutricionales son otro signo de alarma. La desnutrición crónica de la primera infancia en Paraguay (17,5%) es de las más altas de la región, y lo es mucho más en la población infantil indígena (41%).

A la desnutrición crónica que se instala en la primera infancia, se suma el **sobrepeso y la obesidad** en la edad escolar y adolescente. Uno de cada cuatro escolares y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad. Esto puede explicarse en relación sobre todo a las condiciones de vida, la ausencia de espacios de recreación y alternativas al ocio, las horas frente al televisor o la computadora, el bombardeo mediático que promueve alimentos rápidos, con alto contenido de azúcares, grasas y sal, la inseguridad alimentaria y la pobreza.

Es importante señalar que los accidentes ocupan la primera causa de muertes de niños, niñas y adolescentes a partir del primer año de vida.

De cada 10 **adolescentes** que fallecen entre los 14 y 19 años, 6 lo hacen por causas externas debidas a **accidentes**, entre ellos, los de trán-

<sup>6</sup> Datos de 2011 conforme a las categorías del CIE 10. MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Dirección de Bioestadística. Asunción, 2013.



Si bien se cuenta con un marco legislativo que explicita el rol del Estado como garante del derecho a la salud, persisten barreras que atentan para que en la práctica sea ejercido por toda la población.

sito y los domésticos, homicidios y suicidios. Hay una marcada relación entre el aumento progresivo de hogares que tienen motos y la tasa creciente de mortalidad por accidentes en adolescentes. El número de muertes en adolescentes varones es casi cuatro veces mayor que el de las mujeres de la misma edad.

Se estima que el 14% de los niños, niñas y adolescentes vive con algún tipo de discapacidad. Sus causas principales son asociadas al nacimiento y se observa un aumento progresivo de discapacidad posterior a accidentes de tránsito. La detección precoz de trastornos del desarrollo y discapacidad es incipiente en Paraguay, siendo un campo que debe ser fortalecido y desarrollado.

Por otro lado, entre los y las adolescentes existe un alarmante aumento de **consumo de drogas y alcohol**. Uno de cada cuatro adolescentes menores de 14 años ya consume bebidas alcohólicas, y se está constatando que niños de incluso 8 años en situación de calle consumen crack.

Igualmente, existe un alarmante número de **casos nuevos de VIH y sida**. Estos casos nuevos, siete cada mes, ocurren sobre todo entre adolescentes mujeres. Cuatro de cada 10 adolescentes mujeres de entre 15 a 19 años ya tienen relaciones sexuales, y sólo cuatro utilizan el condón.

La violencia es otro factor que afecta la salud de la niñez y la adolescencia. Encuestas realizadas señalan que 6 de cada 10 niñas, niños y adolescentes sufre algún tipo de maltrato de

parte de su madre, padre o ambos; y que dos de cada 10 mujeres (de entre 15 a 44 años) reportaron haber sido violadas antes de los 15 años de edad.

### LAS CAUSAS ESTRUCTURALES

Si bien se cuenta con un marco legislativo nacional e internacional que explicita el rol del Estado como garante del derecho a la salud de la población, persisten barreras que atentan para que en la práctica el derecho a la salud sea ejercido por toda la población. Las causas estructurales de la enfermedad y muerte en niños, niñas y adolescentes están vinculadas con la baja cantidad y calidad de la inversión social, en particular la inversión en la niñez, que ha condicionado que gran parte de la población viva en la pobreza y sea excluida del acceso a los servicios sociales básicos de salud, agua potable, saneamiento, educación, vivienda, alimentación y nutrición.

Además, el sector de la salud padece serios problemas estructurales: presupuesto insuficiente; un sistema con subsistemas paralelos y no articulados; estructuras organizativas obsoletas y superpuestas; modelo asistencialista y menos enfocado en prevención o promoción; recursos humanos mal distribuidos y en muchos casos con poca calificación; insuficiencia de sistemas de monitoreo y evaluación; un sistema de información en salud con subregistros; sistema de logística y distribución deficiente (pocos depósitos y en mal estado, insuficientes móviles para transporte, problemas en la comunicación, entre otros).

Además, existen leyes o vacíos legales, códigos y decretos que deben ser modificados, replan-teados, formulados, emitidos, para avanzar en el ejercicio real de este derecho.

## RECOMENDACIONES

Con la finalidad de afrontar las limitaciones iden-tificadas anteriormente, se recomienda que el **Estado paraguayo fortalezca su rol de garante del derecho a la salud de todos los niños, niñas y adolescentes y su atención integral, según el compromiso asumido al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño**. Para ello, es imprescindible fortalecer la política de cali-dad de vida y salud con equidad, buscando el acceso a la atención integral y universal para toda la población del Paraguay, continuar con la implementación de la gratuidad, definiendo su alcance y forma de progresión, financiamiento y sostenibilidad, en consenso con otros sectores involucrados y fomentando la participación ac-tiva de la ciudadanía y el reconocimiento de la diversidad de culturas que existen en el país, adaptando las modalidades terapéuticas en re-lación a la diversidad de saberes. Se debe mi-grar del sistema fragmentado existente a un sistema integrado financiero y de gestión.

Para lograr lo anterior, será necesaria **una refor-ma del marco legislativo**, de manera de con-tar con una ley general de salud que permita al Estado garantizar efectivamente la salud gratuita y universal de la población mediante un único sistema de salud, con un modelo de financiamiento sustentable.

Asimismo, es necesario **aumentar la cantidad y calidad de la inversión en salud** mediante una reforma tributaria, si fuera necesario, vin-culada a presupuestos basados en resultados y a un sistema de monitoreo y evaluación que permita acompañar los progresos y la toma de medidas correctivas oportunas. La inversión en salud debe priorizar la población más vul-nerable que vive en zonas urbano-marginales, rurales e indígenas y que presentan mayor morbimortalidad infantil y materna. Se deben

garantizar presupuestos departamentales y municipales suficientes, con un control ade-cuado, para que sean utilizados eficientemen-te, para lo cual es necesaria una adecuación de su plan de cuentas al clasificador presu-pestario del Ministerio de Hacienda.

**A corto y mediano plazo, y para mejorar con-cretamente la situación de salud de las muje-res embarazadas, niños niñas y adolescentes**, se recomienda que los esfuerzos se concen-tren en **mejorar el acceso y la calidad de aten-ción obstétrica y perinatal**, continuando con la implementación de la estrategia de atención primaria de salud y maternidad segura, con especial interés en el embarazo adolescente. Para ello es necesario aumentar el número de las Unidades de Salud Familiar hasta cu-brir todo el territorio nacional y monitorear su desempeño a través de registros adecuados, así como mejorar la integración y articulación de la Red Integrada de Servicios de Salud. En este sentido, es necesario mejorar la capa-cidad de resolución obstétrica y perinatal de los hospitales de referencia con el personal y el equipamiento adecuado, y con la atención continuada las 24 horas en las zonas geográ-ficas de mayor mortalidad maternal y neona-tal. Asimismo, es fundamental fortalecer la referencia y contrarreferencia, aumentando el número de ambulancias en dichas zonas ge-ográficas y mejorar el sistema de comunicación con radio y centros reguladores regionales y nacionales. Además, es preciso garantizar la provisión continua de los insumos, equipos y medicamentos necesarios para una atención oportuna y de calidad. Y, por último, es impres-cindible fortalecer las actividades de promoción y prevención de la salud, incluidas las realizadas por los agentes comunitarios.

El país debe **continuar disminuyendo la mor-bimortalidad infantil y en menores de 5 años** mediante estrategias que promuevan una atención integral a la salud de la infancia. Para ello es necesaria la implementación de un sis-tema que posibilite a las mujeres y las familias acudir oportunamente a los servicios de salud

al reconocer los signos de alarma en el embarazo y de enfermedades en los niños y niñas que pueden llegar a ser graves, y un sistema de vigilancia de la mortalidad materna y neonatal.

Se recomienda igualmente la **reforma y reglamentación de leyes que abordan el cuidado infantil**, de forma a contar con una ley integral que garantice la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, que regule y controle la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, que promueva la instalación de salas de lactancia en el sector público y privado y que amplíe la normativa de protección a la madre y al niño, lo cual implica poner a reconsideración el Código Laboral.

Asimismo, es fundamental avanzar en la implementación de la Ley de Garantía Nutricional y profundizar el debate sobre las distintas modalidades de cuidado infantil en la primera infancia, que el país debe ofrecer a las familias que lo requieran.

Se recomienda que el país **mejore y amplíe la oferta de servicios de salud para adolescentes** mediante la capacitación del personal de salud en el manejo integral de adolescentes y escolares según sus necesidades, coordinando sus actividades de formación con el Ministerio de Educación e instalando en hospitales y centros de salud un área de atención para adolescentes, contemplando servicios de consejería y promoción de la salud sexual y reproductiva, adicciones y violencia, con perspectiva de género, respetando la privacidad y la confidencialidad y promoviendo la no discriminación por razones étnicas, condición social, género, creencia, discapacidad, entre otras. Es importante ampliar y fortalecer las capacidades de atención para los jóvenes y adultos drogodependientes.

Por otro lado, es preciso mejorar de manera urgente las capacidades de transporte público, la vigilancia del cumplimiento de las normas de tránsito y la estructura de salud en la atención a las víctimas de los siniestros viales.

Se recomienda **mejorar la atención a los niños y niñas con discapacidades** mediante el desarrollo de un sistema de detección precoz y atención integral a los problemas de discapacidad dentro de la Red Integrada de Servicios de Salud. Para ello, será preciso elaborar protocolos de intervención para el trabajo con niños, niñas y adolescentes con discapacidad y desarrollar la rehabilitación basada en la comunidad y complementaria.

Es necesario **fortalecer la atención a niños y niñas víctimas de violencia** a través de la sensibilización y capacitación al personal de salud en la detección oportuna y en el manejo integral de la violencia en todas sus formas. Y la sensibilización a la familia y la comunidad y personal de salud respecto de instancias de prevención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes fomentando la inclusión.

Es muy importante mejorar el **acceso de la población infantil y sus familias al agua potable y saneamiento** para prevenir la morbimortalidad infantil, para lo cual se hace urgente la articulación entre los sectores involucrados para la provisión universal de agua potable a población materna e infantil en las áreas más vulnerables.

### **MEDIDAS NECESARIAS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN EN GENERAL, INCLUYENDO LA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS, NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

Se recomienda que el país siga avanzando en la **descentralización y fortalecimiento de la gestión local**, fortaleciendo a los consejos regionales y locales de salud para que cumplan los roles para los que fueron creados, incluyendo la contraloría de la calidad de los servicios. De igual forma, es importante fortalecer la rendición de cuentas a nivel nacional, regional y local, y condicionar los fondos de la descentralización al desempeño de los municipios.

Se recomienda impulsar una reforma del sector que permita lograr un Sistema Nacional de Salud único e integrado, incluyendo la articulación con el sector privado.



Se considera de crucial importancia **reforzar la autonomía** a través de campañas de comunicación que incluyan el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la corresponsabilidad masculina en el cuidado de los niños y niñas. Se recomienda fortalecer la vigilancia y exigibilidad ciudadana de forma que la ciudadanía exija la calidad de atención. Para ello, es necesario articular e impulsar acciones entre las Consejerías Municipales por los Derechos del Niño/a y el Adolescente y los Consejos de Salud (regionales y locales).

Se recomienda mayores esfuerzos para el **incremento de los conocimientos cuantitativos y cualitativos** a través de la investigación científica en todos los hospitales, mediante publicaciones, reuniones clínicas, perinatológicas, de alta y mortalidad, etc., vinculadas a un sistema de registro, análisis e investigación sobre las afecciones y circunstancias que provocan la morbimortalidad materna y neonatal. Por otra parte, es recomendable la realización de estudios sobre la exposición a agrotóxicos y sus efectos sobre la población infantil, de encuestas nacionales de salud y nutrición de manera periódica, además de la evaluación de impacto de planes, programas y proyectos implementados o en vías de implementación.

### **RECOMENDACIONES ESTRUCTURALES CON CAMBIOS A LARGO PLAZO PERO CON UN GRAN IMPACTO EN LA SALUD DE TODA LA POBLACIÓN**

Se recomienda impulsar una **reforma estructural y organizacional del sector de la salud** que

permita lograr un Sistema Nacional de Salud único e integrado, incluyendo la articulación con el sector privado, regido por el MSPBS, dentro de un marco de protección social amplio y con un modelo de gestión desconcentrado, flexible, participativo y transparente. La reforma debe contemplar a los demás sectores del Poder Ejecutivo, con las debidas articulaciones y armonías internas, y prever en el marco normativo los mecanismos indispensables de participación ciudadana para canalizar y responder consultas y demandas sobre la aplicación de políticas públicas, garantizando la democracia y la transparencia del servicio público.

Se recomienda, asimismo, **la implementación de una política nacional de desarrollo de recursos humanos**, a fin de generar contratos basados en gestión por resultados cuali y cuantitativos e impulsar un modelo de formación en salud que asegure una atención integral a niños, niñas y adolescentes, con un abordaje biosicosocial, con enfoque de género y de derechos, y una escuela de gobierno para formación de cuadros capacitados en gestión y administración de lo público.

Se recomienda **profundizar las acciones intersectoriales para actuar sobre los determinantes sociales de la salud con un Sistema Universal de Protecciones Sociales**, con el objeto de lograr el acceso universal a agua potable, saneamiento y educación de calidad, acceso a vivienda y empleo, soberanía y seguridad alimentaria y nutricional, y mejorar la eficiencia de la inversión social.

# UN ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD, ENFERMEDAD Y MUERTE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES DESDE LA PERSPECTIVA DEL CICLO VITAL



## LIMITACIONES DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE

Existen problemas tanto en la disponibilidad de información al interior del propio sector como en la oferta de información a la población en general. La mayoría de los datos proceden del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). La información se caracteriza por estar fragmentada en diversas bases de datos y dispersa en diferentes dependencias. A su vez, las dependencias del MSPBS se caracterizan por tener superposición de tareas, carecer de normas y procedimientos estandarizados y un escaso número de redes informatizadas que vinculen los establecimientos de salud de diferentes niveles<sup>7</sup>. Estas dificultades entorpecen la capacidad del sector de conocer la realidad y actuar en consecuencia.

Los registros de nacimientos y muertes constituyen una fuente de datos muy importante, denominándose registro de hechos vitales. A través de ellos, se dispone de información demográfica constante y actualizada. A su vez, los censos de población y viviendas recogen información relevante cada cierto tiempo, constituyéndose en las fuentes más completas de información. Los casos registrados tienen relación con la capacidad efectiva de contar o enumerar un determinado evento vital, mientras que los casos estimados son aquellos esperados o que debieran existir de acuerdo a cálculos censales. En este contexto, el subregistro emerge como el porcentaje de un evento que no pudo ser registrado totalmente. Como consecuencia del subregistro de nacimientos y defunciones, existen limitaciones prácticas en el uso comparativo de la tasa de mortalidad neonatal, infantil y en menores de cinco años entre países y al interior de ellos, pues tanto el numerador como el denominador están afectados<sup>8</sup>.

En Paraguay, se reconoce oficialmente que existe un porcentaje de subregistro mayor al 30%<sup>9</sup>. En el siguiente gráfico puede apreciarse que la no coincidencia entre las tasas de mortalidad estimadas y registradas existe como un problema histórico que debe ser superado.

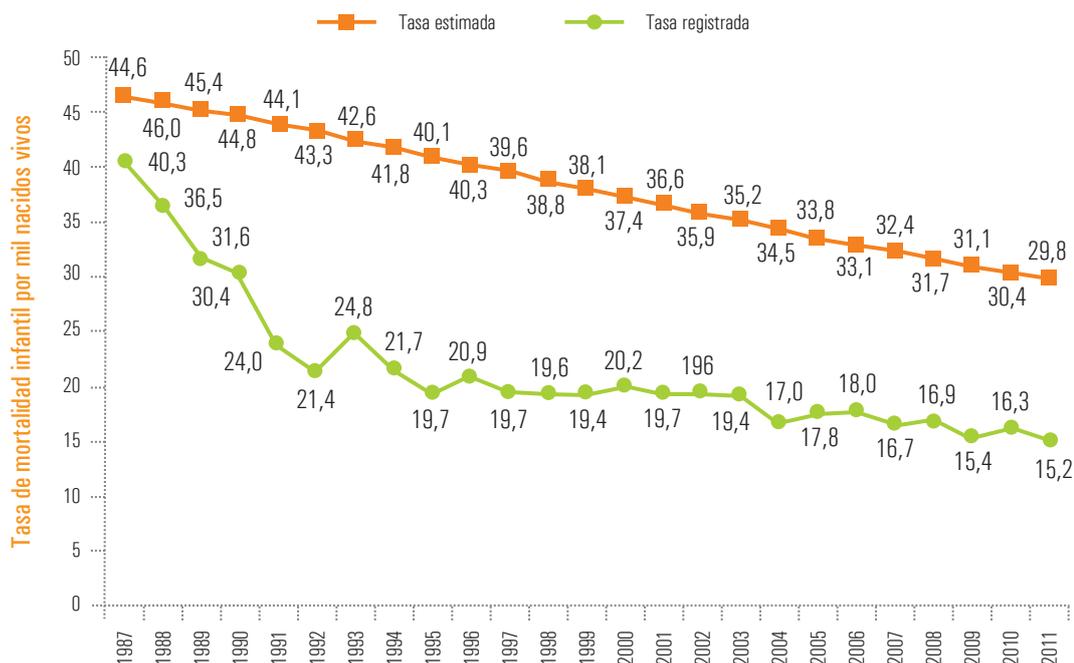
<sup>7</sup> Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD): *Propuesta para el Sistema de Información en Salud. Proyecto de mejoramiento del Sistema de Información en Salud*. Asunción, 2009.

<sup>8</sup> Guillén, Cristina: *Delineando el perfil de la muerte de niños y niñas menores de cinco años. Paraguay 1993-2002*. Universidad del Nordeste. Facultad de Medicina. Curso de Posgrado de Epidemiología. Corrientes, Argentina, 2005.

<sup>9</sup> MSPBS/OPS: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay. Paraguay, 2011*. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Dirección de Bioestadística, MSPBS. Asunción, 2009. Disponible en: <http://www.paho.org/par>.

El Subsistema de Información de Estadísticas Vitales del MSPBS reconoce un porcentaje de subregistro de 30,8% para los nacimientos y de 29,5% para las defunciones en 2011 (SSIEV: *Indicadores de mortalidad 2011*, cuadro en anexo).

## GRÁFICO 1: TASAS ESTIMADAS Y REGISTRADAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN PARAGUAY. TENDENCIA DE LOS ÚLTIMOS 21 AÑOS



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

En este documento se utilizarán datos registrados y estimados, señalándose en cada caso cual es cual. Se recurre a las estimaciones cuando lo que se pretende es comparar la situación del país con respecto a los demás países de la región, y se toma como fuente principalmente a los datos estimados proporcionados por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) de las Naciones Unidas.

En general, los análisis se realizan con datos de 2011, proporcionados de manera preliminar por el Departamento de Bioestadísticas del MSPBS, salvo en los casos en que se menciona explícitamente un año diferente.

### LA SITUACIÓN DE SALUD Y MUERTE DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Para abordar la situación de salud, enfermedad y muerte de los niños, niñas y adolescentes de Paraguay se utilizará como marco analítico

la perspectiva del ciclo vital, que explica cómo las trayectorias de salud se desarrollan a lo largo de la vida de una persona (prenatal, primera infancia, niñez, adolescencia, adultez, mediana edad, vejez), y cómo lo que sucede en cada etapa repercute en las siguientes.

En esta sección se analizarán los ciclos correspondientes a la **primera infancia (0 a menores de 5 años)**, incluyendo el periodo intrauterino; la **etapa escolar (5 a 9 años)** y la **etapa de adolescencia (10 a 19 años)**. Si bien la primera infancia abarca el periodo de vida hasta los 8 años<sup>10</sup>, los últimos tres se superponen con la etapa escolar. Igualmente, los 15 a los 19 años de la etapa adolescente se superponen con los primeros años de la juventud, la cual abarca el rango que va de los 15 a los 24 años<sup>11</sup>. Finalmente, es preciso señalar que cuando se habla de la infancia en general, se habla de todas las personas de entre 0 a 19 años, según la Organización Mundial de la Sa-

<sup>10</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas: *Situación de la Convención sobre los Derechos del Niño: informe del Secretario General*. Naciones Unidas, Nueva York, A/65/206, 2010.

<sup>11</sup> Se considera como población joven a toda persona cuya edad está comprendida entre los 15 a los 24 años. Se considera como población adolescente a toda persona cuya edad esté comprendida entre los 10 a los 19 años (OPS/OMS).



Las investigaciones epidemiológicas están demostrando la importancia relativa de las diferentes fases del ciclo vital del ser humano en el capital de salud y procesos de enfermedad específicos.

lud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Evidentemente, el paso de un ciclo al otro no es abrupto. Lo que hizo que en este documento se tomen las franjas etarias señaladas es la disponibilidad de datos y ciertos indicadores que son utilizados a nivel internacional, como la mortalidad infantil y la mortalidad en menores de cinco años.

Las investigaciones epidemiológicas están demostrando la importancia relativa de las diferentes fases del ciclo vital del ser humano en el capital de salud y procesos de enfermedad específicos. Las causas de la enfermedad y los caminos previos a ella también se han ampliado, ya que se ha vuelto evidente que **los riesgos en salud son creados y mantenidos por los sistemas sociales** y que la magnitud de esos riesgos es en gran manera una función de disparidades socioeconómicas<sup>12</sup>.

El "Informe Lalonde"<sup>13</sup>, una de las principales referencias para la elaboración de políticas de salud pública y promoción de la salud, indica que:

*La salud de las personas depende en 19% del medio ambiente, en 43% de los estilos de vida, en 11% de la provisión de servicios de salud y*

*en 27% de sus características biológicas. Las causas medioambientales y las condiciones de vida suman el 62%.*

Si bien los ambientes sociales y las experiencias tienen su influencia en el desarrollo de la salud en todas las etapas, aquellas condiciones en la vida temprana tienen el mayor efecto. La importancia de los factores de vida temprana en la programación de riesgo de enfermedades crónicas en adultos durante periodos críticos ha sido ampliamente demostrada. Los patrones de respuesta somática adulta se programan en los primeros años de vida. El bajo peso al nacer, el tamaño de la placenta, el aumento de peso, el no acceder a leche materna y el crecimiento en el primer año de vida se encontraron asociados con enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas (por ejemplo, diabetes e hipertensión) en la quinta y sexta décadas<sup>14</sup>.

A continuación se analizarán cuáles son las circunstancias en las que se producen la enfermedad y la muerte de mujeres embarazadas, niños, niñas y adolescentes que viven en Paraguay.

<sup>12</sup> OMS: *Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación*. 2000.

<sup>13</sup> El "Informe Lalonde" fue elaborado en 1974 por el Ministerio de Salud y Bienestar del Gobierno de Canadá.

<sup>14</sup> Halfon, N., Hochstein, M.: *Desarrollo de la salud en el curso de vida: un marco integrado para el desarrollo de la salud, política e investigación*. The Milbank Quarterly: Una Revista de Salud Pública y Política del Cuidado de la Salud. Volumen 80, Número 3, 2002.

## PRIMERA INFANCIA (0 A 5 AÑOS)



Como ya se ha señalado, los primeros años de vida son cruciales tanto en términos de supervivencia como de calidad de vida para los demás ciclos por desarrollarse en cada persona.

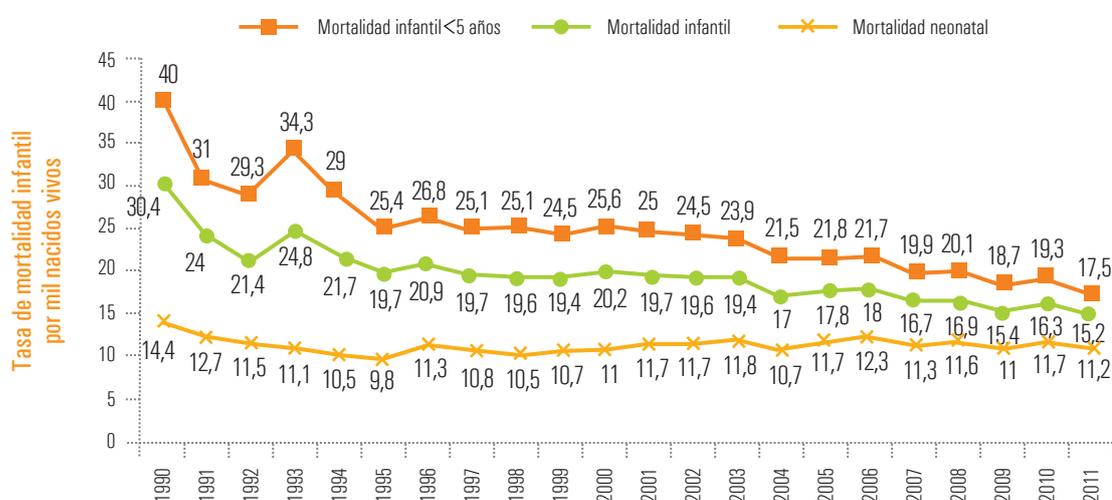
### a. MORTALIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA

Paraguay ha logrado en las últimas décadas realizar avances considerables en la reducción de la mortalidad infantil y la mortalidad de me-

nores de cinco años, al igual que en la mayor parte de los países de América Latina. En los últimos 20 años, la tasa registrada de mortalidad infantil (aquella que ocurre en menores de un año) se ha reducido en más de la mitad, pasando de 30,4 en 1990 a 15,2 en 2011. Una disminución de similar magnitud se produjo en la tasa registrada de mortalidad en menores de 5 años, la cual ha pasado en esos mismos años de 40 a 17,5<sup>15</sup>.

Sin embargo, la mortalidad neonatal, es decir, aquella que ocurre en los primeros 28 días de vida, apenas ha descendido de 14,4 por cada 1000 nacidos vivos en 1990 a 11,2 por 1000 nacidos vivos en 2011 (gráfico 2).

GRÁFICO 2: TASAS REGISTRADAS DE MORTALIDAD NEONATAL, INFANTIL Y DE MENORES DE 5 AÑOS, 1990-2011



Fuente: Departamento de Bioestadística, MSPBS (2011).

Evidentemente, existe una problemática específica que impide que la mortalidad en el periodo neonatal descienda al ritmo que lo hace en edades más avanzadas. Será preciso analizar entonces las diversas etapas dentro de la primera infancia.

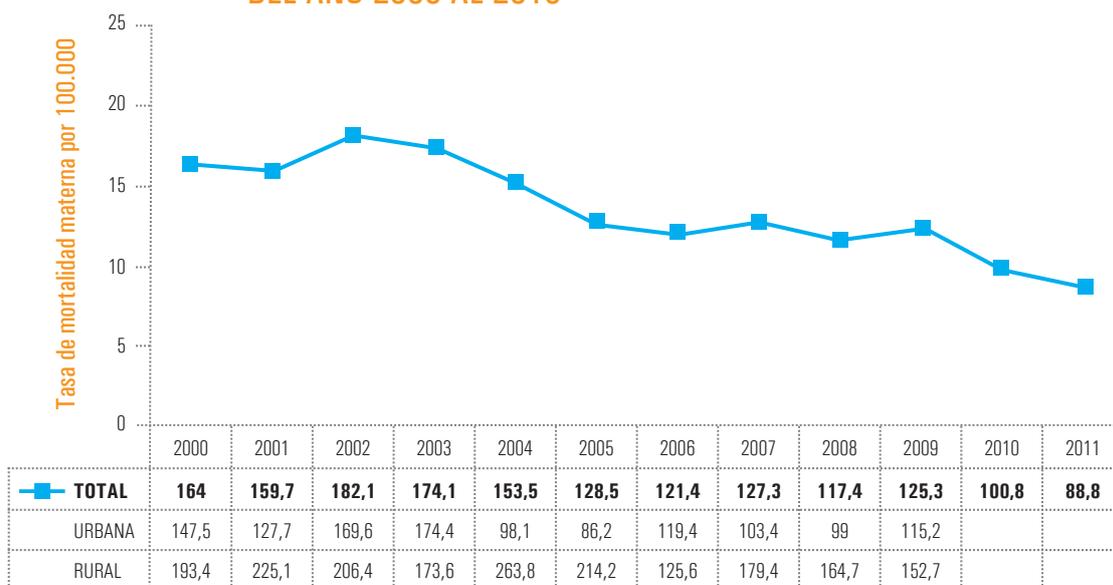
<sup>15</sup> MSPBS: Departamento de Bioestadística, Paraguay.

## EL CICLO DE VIDA QUE TRANSCURRE DENTRO DEL ÚTERO Y LAS CONDICIONES AL NACER: EN DIRECTA RELACIÓN CON LAS CONDICIONES MATERNAS

**Mortalidad materna:** la mayoría de las muertes se deben a causas prevenibles. Es muy lenta-

do constatar que la mortalidad materna en los últimos años está disminuyendo en Paraguay. En efecto, la razón de mortalidad de las madres paraguayas en 2011 era de 88,8 por 100.000 nacidos vivos, lo que significó una reducción del 45,8% en la última década, considerando que en 2000 la tasa era de 164 (gráfico 3).

**GRÁFICO 3: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA POR 100.000 DEL AÑO 2000 AL 2010**



Fuente: DGEEC (2011) con base en MSPBS/OPS (2003). Paraguay, *indicadores de mortalidad 2000. 1990-1995, y MSPBS, Bioestadística 1996-2011.*

Se debe tener en cuenta que los avances no han sido muy significativos en la resolución de las emergencias obstétricas, contándose, en el interior del país, con pocos hospitales con los recursos humanos calificados, de infraestructura y de insumos que aseguren los cuidados obstétricos y neonatales ampliados, que incluyen contar con guardias 24 horas, 7 días a la semana, todo el año (24/7) de profesionales de salud calificados, banco de sangre, farmacias y laboratorios funcionales, sistema de referencia de pacientes oportuno, con ambulancias disponibles, acceso a unidad de terapia intensiva (UTI) para la madre y el neonato, disponibilidad asegurada de medicamentos/insumos para las emergencias obstétricas, etc.

Si bien los esfuerzos hasta ahora realizados han logrado un aumento de los partos institucionales y un mejor control prenatal, que pueden explicar la disminución global de la mortalidad materna, estos avances todavía no son suficientes para cumplir con las metas fijadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Una de las metas para mejorar la salud materna es reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Si en 1990 la tasa de la mortalidad materna era de 150,1 por cada 100.000 nacidos vivos, esto quiere decir que en 2015 se debería alcanzar una tasa 37,5. Sin embargo, las evidencias muestran que hasta el momento sólo se ha podido acortar la brecha en poco más de la mitad. Se puede con-

cluir entonces que, faltando pocos años para el plazo previsto, son escasas las posibilidades de cumplir eficazmente con este compromiso internacional.

El principal obstáculo para el cumplimiento de los ODM está en relación con la inequidad social existente. Aún persisten graves desbalances en el acceso de las mujeres a los servicios de salud y a la calidad de atención según el territorio en el que viven, su origen étnico, su acceso a la educación, su capacidad para generar ingresos o sus niveles de autonomía, entre muchos otros.

Los partos institucionales han aumentado en líneas generales de 83% en 1996<sup>16</sup> a 95% para el año 2011, con cifras que van del 99,9% en Asunción a 79,1% en Canindeyú<sup>17</sup>.

El control prenatal es una manera de identificar a las mujeres que corren el riesgo de tener partos o gestaciones difíciles. Una proporción importante de defunciones maternas, no menos de una de cada cuatro, se produce durante el embarazo.

Durante el embarazo existen tres tipos de problemas de salud: las complicaciones del propio embarazo (hipertensión, hemorragias); las enfermedades que casualmente coinciden con una gestación y que pueden verse agravadas por ésta (VIH, malaria, tuberculosis, malnutrición, problemas de salud mental, violencia) y los efectos negativos de los modos de vida

poco saludables en el desenlace del embarazo (consumo de tabaco, alcohol u otras drogas). Además, existen otras enfermedades que, si se diagnostican a tiempo, puede evitarse que afecten devastadoramente al feto, como, por ejemplo, la sífilis o la toxoplasmosis. Todos estos elementos deben abordarse en el control prenatal, que cuanto más temprano, más efectivo<sup>18</sup>. Lamentablemente, el porcentaje de mujeres embarazadas que accede a una consulta prenatal en el primer trimestre del embarazo, como es lo ideal, sigue siendo muy bajo. El promedio nacional es de 31,3%, registrándose grandes diferencias según las distintas áreas<sup>19</sup>.

El acceso a control prenatal, que prácticamente se ha universalizado para las embarazadas con alto nivel socioeconómico y educativo, castellano hablantes, se encuentra más restringido en el caso de las mujeres embarazadas de zona rural, que tienen menos años de estudio, perciben menos ingresos y hablan guaraní<sup>20</sup> (gráfico 4).

<sup>16</sup> Presidencia de la República: *Objetivos de Desarrollo del Milenio 2010. Primer informe del gobierno*. Asunción: Unidad Técnica del Gabinete Social, 2011. Porcentaje registrado de parto institucional.

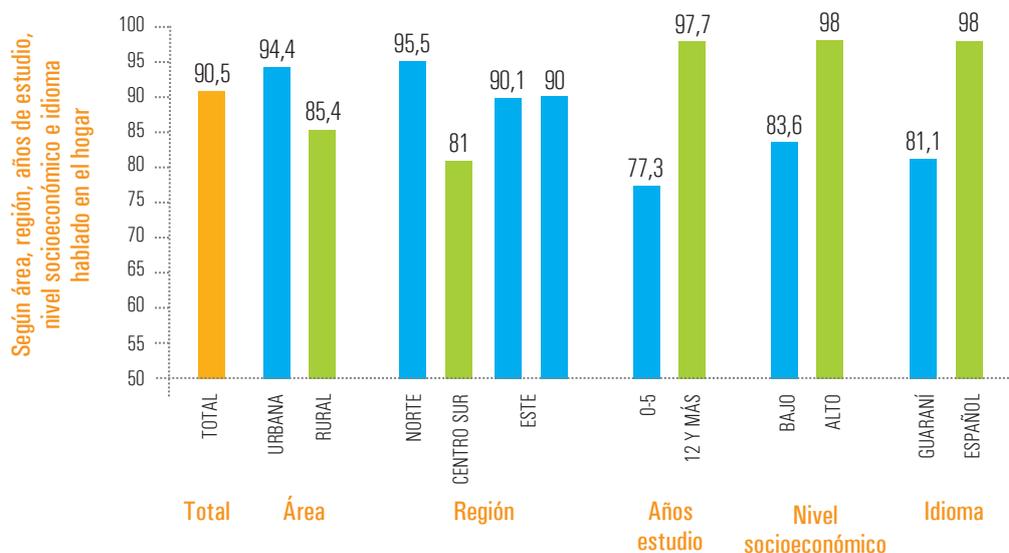
<sup>17</sup> MSPBS, OPS: *Indicadores básicos de salud*. Paraguay, 2013.

<sup>18</sup> OMS: *Informe sobre la salud en el mundo. ¡Cada madre y cada niño contarán!* 2005.

<sup>19</sup> MSPBS, OPS: *Indicadores básicos de salud*. Paraguay, 2013.

<sup>20</sup> Cepep: *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008*. Asunción, 2009.

**GRÁFICO 4: PORCENTAJE DE ATENCIONES PRENATALES ADECUADAS PARA NACIMIENTOS OCURRIDOS ENTRE 2004 Y 2008. PARAGUAY. AÑO 2008**



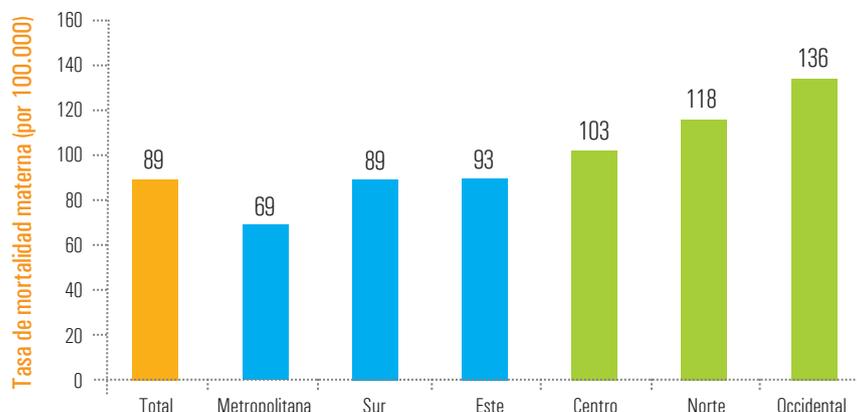
Fuente: Cepep, Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008. Asunción, 2009.

Región Gran Asunción: Asunción y distritos de Fernando de la Mora, Nembu, San Lorenzo, Luque, Limpio, Lambaré y Villa Hayes. Región norte: departamentos de Concepción, San Pedro y Amambay. Región centro-sur: departamentos de Cordillera, Paraguari, Guairá, Caazapá, Ñemencu, Misiones y parte de Central fuera de Gran Asunción. Región este: departamentos de Caaguazú, Itapúa, Alto Paraná y Canindeyú. Las barras color rojo remiten a los grupos con niveles más bajos.

Así, las condiciones de salud, enfermedad y muerte de las mujeres están en directa relación con los determinantes sociales. Las razones de mortalidad materna, en efecto, registran variaciones importantes según las distintas zonas geográficas del país. Como ya se indicó, en el año 2011, la razón de mortalidad materna total

fue de 88,8 por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, si se toma el área metropolitana (Asunción y Central), la tasa se reduce a 68,6. En cambio, en la región Occidental o Chaco el mismo indicador se eleva drásticamente a 135,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (gráfico 5).

**GRÁFICO 5: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA (POR 100.000 NACIDOS VIVOS) SEGÚN ZONAS GEOGRÁFICAS, PARAGUAY, 2011**



Fuente: elaboración propia con base en MSPBS, Departamento de Bioestadística, 2011.

Las causas de estas brechas son múltiples. Por un lado, se debe señalar que gran parte de la infraestructura y los recursos humanos en salud se concentran en las zonas urbanas (principalmente en el área metropolitana que rodea a la capital del país), quedando sin cobertura aquellos territorios más alejados de este núcleo. Por ejemplo, mientras que en 2009 en Asunción y el departamento Central existían

128 establecimientos de salud públicos, en la totalidad de la Región Occidental (Presidente Hayes, Boquerón y Alto Paraguay) sólo había 76 establecimientos<sup>21</sup>. En la siguiente tabla 1 pueden apreciarse las enormes diferencias que existen entre distintas áreas. Se toman dos extremos: la capital del país y uno de los departamentos con las circunstancias geográficas y climáticas más adversas.

**TABLA 1: RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA EN ASUNCIÓN Y EN BOQUERÓN, DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y CONCENTRACIÓN DE POBLACIÓN INDÍGENA, 2010**

	PAÍS	ASUNCIÓN	BOQUERÓN
Tasa de mortalidad materna	100,8	88,1	403,2
% de embarazos con prenatal antes del 4º mes	29,4	61,7	15,9
Tasa de profesionales de la salud por 10.000 habitantes	8,7	32,8	4,1
% parto institucional	95	99,9	90,6
Nº de camas por 1000 habitantes (MSPBS e IPS)	1	3,8	0,6
% de población indígena	1,7	0,9 <sup>22</sup>	22,9

Fuente: MSPBS, OPS, DGEEC<sup>23</sup>.

Un aspecto a considerar de manera particular es la situación de la mortalidad materna en adolescentes, ya que según el Fondo de Población de las Naciones Unidas<sup>24</sup>:

*Durante el embarazo, parto o posparto, una adolescente embarazada de 15 a 19 años tiene el doble de riesgo de morir que una embarazada adulta; y una de menos de 15 años tiene cinco veces más riesgo de morir en estas circunstancias.*

Durante los años 2006 a 2009 se ha registrado en promedio alrededor de 20 muertes mater-

nas en adolescentes cada año, lo que da una cifra promedio de 20% de las muertes maternas totales<sup>25</sup>.

Otro aspecto a tener en cuenta es la falta de una política de salud sexual y reproductiva orientada a adolescentes y jóvenes que incluya estrategias de acceso a educación de la sexualidad. Las adolescentes y jóvenes han constituido el 25,5% de las muertes maternas en el año 2011.

En cuanto a las causas específicas de mortalidad materna, del total de casos registrados en

<sup>21</sup> MSPBS: *Indicadores básicos de salud. Paraguay, 2010*. MSPBS/OPS, Asunción.

<sup>22</sup> En realidad, esta cifra corresponde a la concentración de población indígena en Asunción y Central. La dificultad de tener una cifra precisa radica en que esta población es muy móvil.

<sup>23</sup> MSPBS: *Indicadores básicos de salud. Paraguay, 2012*; DGEEC: Segundo censo nacional indígena de población y viviendas 2002. DGEEC, 2003.

<sup>24</sup> Moreno, Diva: Atención integral de la adolescente menor de 15 años embarazada. Disponible en: [http://www.alape.org/docs/Present\\_Cart/15.Diva-Moreno\\_Protocolo\\_atencion.pdf](http://www.alape.org/docs/Present_Cart/15.Diva-Moreno_Protocolo_atencion.pdf).

<sup>25</sup> MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística, 2012.

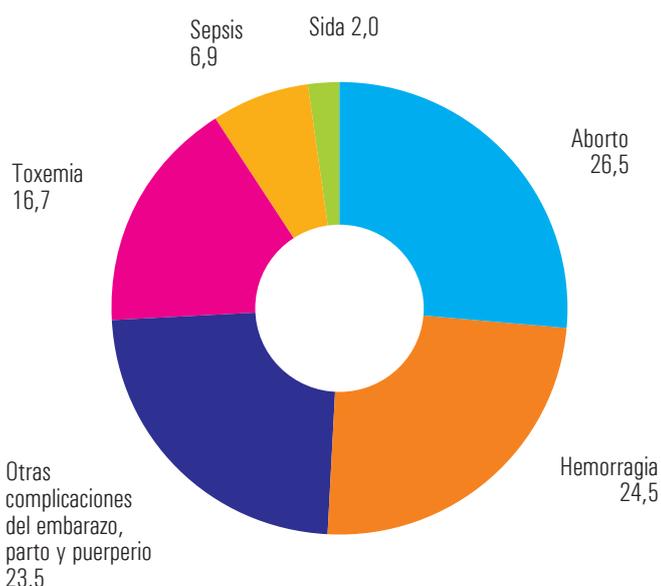


Las causas específicas de mortalidad materna sugieren una cadena de fracasos que pueden ser evitados.

2010, las complicaciones derivadas del aborto tienen la mayor incidencia como causa de muerte materna, con 26,5%, seguidas por las hemorragias, en 24,5% de los casos<sup>26</sup> (gráfico 6). Las causas de muerte materna han tenido

ligeras variaciones a lo largo de los años, pero manteniendo la presencia importante de las causas más comunes que son el aborto (25%), la toxemia (20,4%) y las hemorragias (18,1%).

GRÁFICO 6: MORTALIDAD MATERNA SEGÚN CAUSAS. PARAGUAY. AÑO 2010



Fuente: MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística. Se registraron 102 casos de mortalidad materna en 2010, la distribución de las causas corresponde a dicho universo.

Las causas específicas de mortalidad materna sugieren una cadena de fracasos que pueden ser evitados. En efecto, la mortalidad materna debe ser analizada prestando atención a las demoras más frecuentes que ocurren para que las mujeres embarazadas o púerperas reciban una atención adecuada que evite sus muertes: la demora 1 o el tiempo que lleva a la mujer a

consultar a un servicio de salud desde el momento de la aparición de la sintomatología; la demora 2 o el tiempo que insume el traslado desde su domicilio al establecimiento de salud; y la demora 3 o el tiempo que pasa desde la llegada al establecimiento de salud hasta que recibe los cuidados necesarios<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Op. cit., 2010.

<sup>27</sup> MSPBS/OPS: *Proyecto Ramos Prospectivo en el Paraguay: Octubre 2007 – Setiembre 2008. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de la salud y mortalidad materna en el Paraguay.* Asunción, 2009.

La primera demora puede encontrar sus causas principales en aspectos socioculturales y relaciones asimétricas de género. Las mujeres retardan la consulta por muchos motivos: por no identificar los signos de alarma, por falta de información, porque no tienen tiempo, pues priorizan otros problemas de la familia, porque temen ser maltratadas o denunciadas ante situaciones de abortos provocados, porque no tienen con quien dejar a sus otros hijos, hijas u otros familiares, porque viven en situaciones de maltrato o sometimiento con sus parejas.

La segunda demora tiene que ver con la falta de caminos en muchas localidades, la falta de transporte o las grandes distancias que hay para llegar a un servicio de salud, lo que ocurre sobre todo en zonas rurales y territorios indígenas.

La tercera demora se debe al retraso en la instauración de los cuidados necesarios en los servicios de salud. Este retraso en prodigar el tratamiento se debe tanto a las limitaciones de los servicios a los que llegan las embarazadas como a las remisiones tardías a centros de referencia de mayor complejidad. En este sentido, sólo el 47% de los hospitales regionales dispone de ultrasonidos para hacer diagnósticos; el 21% carece de laboratorio clínico hematológico; el 40% no cuenta con heladera para almacenar bolsas de sangre; y el 16% no tiene capacidad para realizar cesáreas de urgencia. Sólo el 3,2% de los hospitales regionales cuenta con unidades de cuidados intensivos de adultos<sup>28</sup>.

### **Morbilidad en mujeres embarazadas: ambiente intrauterino que afecta al feto**

La morbilidad prevalente en el sexo femenino está en relación con enfermedades autoinmunes, anemias y carencias metabólicas (de minerales y vitaminas), lo que se denomina morbilidad invisible<sup>29</sup>. Además, es necesario tomar en cuenta la incidencia de la violencia de género, la cual representa un grave riesgo para la salud de las mujeres, que incluso puede llevar a la muerte.

La **desnutrición materna** pregestacional o durante el embarazo se asocia a un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, y más aún cuando se trata de embarazos en adolescentes.

El riesgo relativo de retardo del crecimiento intrauterino es 70% mayor en gestantes de bajo peso con relación a gestantes de peso normal. A mayor grado de déficit nutricional materno, mayor es el riesgo de desnutrición intrauterina del feto<sup>30</sup>.

En cuanto al estado nutricional de las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en los servicios de salud del MSPBS, se ha constatado que sólo el 29,5% presenta un peso adecuado y el 27,8% de ellas presenta desnutrición, cifra que, sin embargo, tuvo un leve descenso considerando que en el año 2005 el 33,5% lo presentaba<sup>31</sup>. Para el año 2011, las que tienen sobrepeso alcanzan el 15,8%; las obesas, el 26,9%; y las de bajo peso, el 27,8%. Los datos disponibles sobre la situación nutricional de 23.281 mujeres embarazadas incluidos en el Sistema de Vigilancia sobre Alimentación y Nutrición (Sisvan) en el año 2011 revelan una prevalencia total de desnutrición del 27,8% (6476),

<sup>28</sup> MSPBS, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD): *Diagnóstico situacional de los establecimientos de salud. Análisis descriptivo a nivel nacional y regional*. Asunción, 2011.

<sup>29</sup> Valls Llobet, Carme; Banqué, Marta; Fuentes, Mercé; Ojuel, Julia: "Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres", en *Anuario de Psicología (Barcelona: Universidad de Barcelona)*, 2008, vol. 39, nº1, pp. 9-22.

<sup>30</sup> Uauy, R.; Atalah, E.; Barrera, C.; Behnke, E: *Alimentación y nutrición durante el embarazo*. Universidad de Chile y Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl>.

<sup>31</sup> MSPBS, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición: *Situación nutricional de mujeres embarazadas que asisten a servicios de Salud Pública. Años 2000 a 2011*. Asunción, 2013.

mientras que el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se encontró en el 42,7% de la población (9933). La prevalencia de obesidad fue más elevada en zonas urbanas, mientras que el bajo peso fue mayor en zonas rurales; las embarazadas con peso adecuado alcanzan el 29,5%.

**La desnutrición en adolescentes embarazadas llegaba al 40%** de las que consultaban en los servicios de salud del MSPBS entre los años 2006 y 2010<sup>32</sup>.

Por otro lado, la obesidad en la embarazada también constituye un factor importante de riesgo al aumentar algunas patologías del embarazo, como la diabetes gestacional, la preclampsia y la hipertensión. Ello trae aparejado un aumento de morbilidad para el feto y el recién nacido: prematuridad, macrosomía con distocias y complicaciones del parto, traumas y asfixia. La prevalencia de cesárea en las mujeres con un índice de masa corporal (IMC)<sup>33</sup> sobre 30 aumenta en 60%. Además, la obesidad aumenta el riesgo de malformaciones congénitas mayores, en especial los defectos del tubo neural. Los recién nacidos tienen un riesgo de muerte doblemente mayor cuando la madre tiene un IMC superior a 25, y hasta cuatro veces más cuando el IMC es superior a 30<sup>34</sup>.

### **Perspectivas de cumplimiento del ODM 5 a 2015**

- Para lograr la meta en 2015, la reducción debería seguir hasta alcanzar una razón de mortalidad de 37,5 por 100.000 nacidos vivos.
- El progreso de reducción actual es insuficiente para alcanzar la meta prevista.

### **Adopción de medidas necesarias**

- Mejorar la calidad de la atención durante el periodo prenatal, parto y puerperio.
- Desarrollar e implementar la Red Integrada de Servicios de Salud (APS, atención ambulatoria especializada, atención a las urgencias y atención hospitalaria).
- Red de apoyo-diagnóstico de asistencia farmacéutica de Vigilancia de la Salud.
- Sistema de transporte.
- Mejorar los sistemas de información en salud.
- Perfeccionar la calidad del llenado del SIP.
- Disminuir el aborto inseguro.
- Incorporar los anticonceptivos a la lista de medicamentos esenciales.
- Abogacía para la revisión de leyes sobre salud sexual reproductiva.
- Integrar los programas de SSR y VIH/sida.
- Lograr el acceso universal a los servicios de SSR.
- Eliminar la sífilis congénita.

### **LA ETAPA NEONATAL O DE LOS PRIMEROS 28 DÍAS DE VIDA: UN NUDO CRÍTICO PARA SUPERAR LAS MUERTES INFANTILES**

En el año 2009, la tasa estimada de mortalidad neonatal era de 11 por 1000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad neonatal precoz (los primeros seis días de vida) era de 8,8 por 1000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad neonatal tardía (desde los 7 a los 28 días de vida) era de 2,2 por 1000 nacidos vivos; y la tasa de mortalidad infantil posneonatal (desde los 29 días hasta el primer año) era de 4,5 por 1000 nacidos vivos<sup>35</sup>.

<sup>32</sup> MSPBS, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, Sisvan 2006-2010.

<sup>33</sup> El IMC es una medida de asociación entre el peso y la talla del individuo. El IMC normal es de 18,5 a 24,99. Se habla de sobrepeso con un IMC igual o mayor a 25 y se habla de obesidad con un IMC igual o mayor a 30.

<sup>34</sup> Estudios epidemiológicos que han controlado el efecto de otros factores de riesgo indican un riesgo relativo 40-60% mayor con un IMC sobre 25. Estudios de caso-control apoyan estos hallazgos y sugieren un riesgo de la misma magnitud. Ello ha llevado a sugerir que las mujeres obesas requieren una cantidad mayor de ácido fólico. (Uauy, R.; Atalah, E.; Barrera, C.; Behnke, E.: *Alimentación y nutrición durante el embarazo*. Universidad de Chile y Ministerio de Salud de Chile. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl>).

<sup>35</sup> MSPBS/OPS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay. Paraguay, 2011*. Disponible en: <http://www.paho.org/par>. Asunción, 2009.

En Paraguay, 7 de cada 10 niños y niñas que mueren antes del primer año de vida lo hacen en el periodo neonatal. Además, casi 6 de cada 10 niños y niñas que mueren antes del primer año, lo hacen en la primera semana de vida.



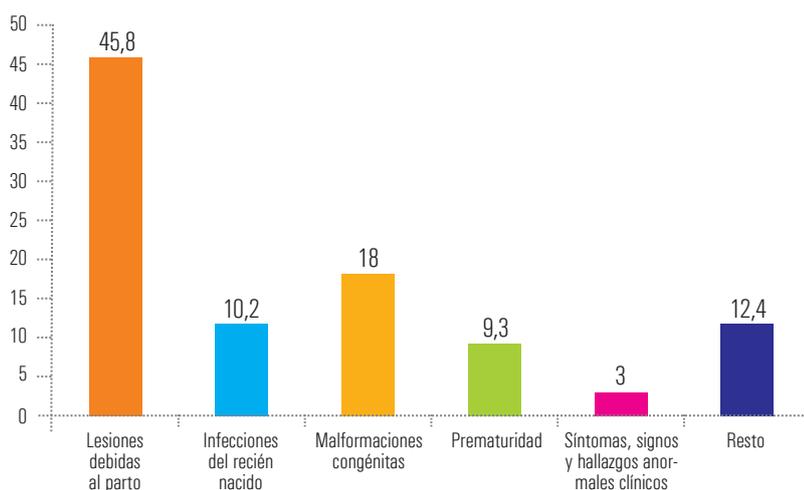
Las muertes neonatales fueron aumentando en proporción, dentro de las causas de mortalidad infantil, a medida que las muertes por diarrea, neumonías y otras enfermedades transmisibles fueron disminuyendo. Lo que se debe a los avances en la disponibilidad y acceso a vacunas, la expansión de las redes de saneamiento básico y agua potable y del uso del suero oral, el acceso progresivo a servicios de salud, la implementación gradual de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), entre otras intervenciones realizadas por el país, deben destacarse como algo muy positivo.

### LA PRIMERA CAUSA DE MUERTE INFANTIL: LAS LESIONES DEBIDAS AL PARTO

La mortalidad neonatal constituye el 71% de la mortalidad infantil y el 60% de la mortalidad en menores de 5 años de edad, convirtiéndose en un obstáculo para el cumplimiento de los ODM<sup>36</sup>.

La principal causa de muerte en el periodo neonatal es por lesiones debidas al parto, con 45,8% del total<sup>37</sup>. Le siguen las malformaciones congénitas, las infecciones y la prematuridad, como puede apreciarse en el gráfico 7.

GRÁFICO 7: PORCENTAJE DE MORTALIDAD NEONATAL POR CAUSAS. AÑO 2009



Fuente: MSPBS, Departamento de Bioestadística, 2009.

<sup>36</sup> MSPBS/OPS: *Estrategia nacional de salud neonatal 2010-2015*. Asunción, 2011.

<sup>37</sup> *Ibidem*, elaboración propia.

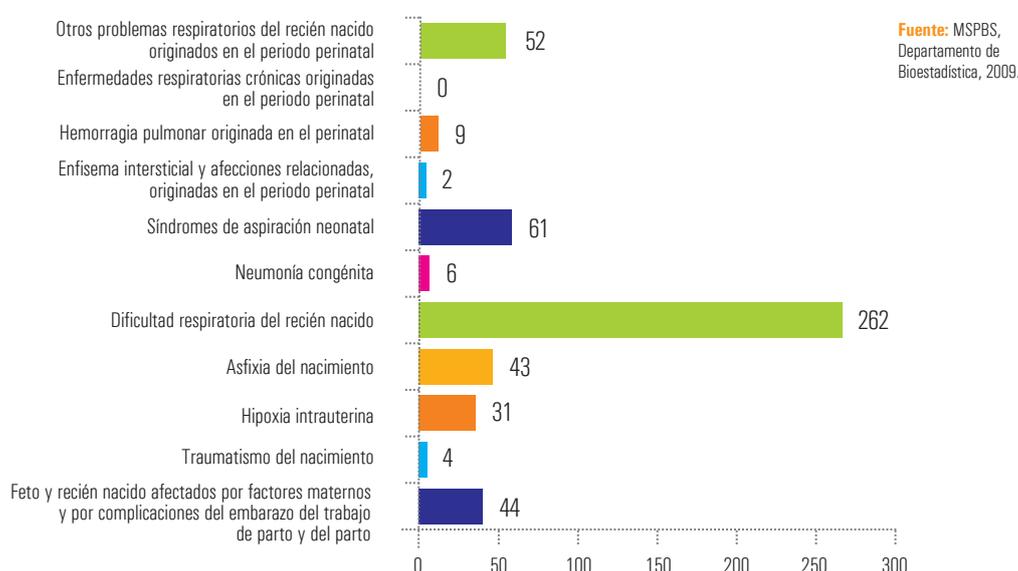
En Paraguay, el 6,3% de todos los recién nacidos vivos nace con un peso menor de 2500 gramos, y el 0,9% nace con menos de 1500 gramos<sup>38</sup>. El bajo peso al nacer es un factor subyacente en el 60 a 80% de las muertes neonatales.

Hay que considerar que las causas de muerte neonatal están identificadas según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10. Esta clasificación tiene un carácter politético, es

decir, está basada en un gran número de características y no exige que todas las enfermedades de un conglomerado posean todas las características –aunque sí que tengan cierta homogeneidad.

Es decir, en esta clasificación los límites de las enfermedades no son claros<sup>39</sup>. En el siguiente gráfico se presentan las entidades nosológicas incluidas en las lesiones debidas al parto.

**GRÁFICO 8: DEFUNCIONES NEONATALES POR LESIONES DEBIDAS AL PARTO. AÑO 2009**



Como puede apreciarse al observar los dos últimos gráficos presentados, la prematuridad figura como una causa de muerte no incluida en las lesiones debidas al parto. Sin embargo, muchas veces se desencadenan partos prematuros por problemas obstétricos. Igualmente, dentro de lesiones debidas al parto se incluye a la dificultad respiratoria del recién nacido, afección que se presenta en mayor medida con la prematuridad. De esta manera, se pueden constatar las limitaciones del sistema categorial mencionado.

A pesar de estas limitaciones, lo importante es identificar que la principal causa de muerte en el periodo neonatal y en la primera infancia son las lesiones debidas al parto, categoría que incluye todas las muertes relacionadas con eventos que hayan malogrado de alguna manera la adaptación y evolución desde la condición de feto hasta la de recién nacido.

Si se suma el porcentaje de muertes neonatales debidas a lesiones del parto, las debidas a infecciones y a prematuridad, se alcanza el

<sup>38</sup> MSPBS: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay*. OPS/OMS. Asunción, 2011.

<sup>39</sup> Contreras, María: "Clasificaciones diagnósticas de los trastornos del desarrollo", en *Desarrollo del niño en contexto*. Horacio Lejarraga (editor). Paidós Tramas Sociales. Buenos Aires, Argentina, 2004.

65,3% de muertes que son evitables. Incluso ese porcentaje es aún mayor, pues la mayoría de las malformaciones congénitas pueden evitarse con intervenciones nutricionales, asesoramiento genético y controles prenatales oportunos y de calidad.

Como ya se ha visto al presentar las tasas de mortalidad neonatal, neonatal precoz y tardía, el 80% de las muertes neonatales tienen lugar en la primera semana de vida, y de éstas, más de la mitad ocurre en el primer día de vida.

Si bien se volverá al tema de la calidad en la atención más adelante, se destaca que en Paraguay el porcentaje de nacimientos por cesárea es del 40,4%<sup>40</sup>; casi el 30% de las embarazadas no completa los al menos cuatro controles prenatales recomendados<sup>41</sup>; y la razón de profesionales de la salud es de 8,7 por 10.000 habitantes<sup>42</sup>, muy por debajo de la meta regional<sup>43</sup>.

Llegado a este punto, nuevamente será necesario recordar que la tasa de mortalidad neonatal presentada ha sido el promedio nacional,

y que ésta oculta diferentes realidades. Como es de esperar, la tasa de mortalidad neonatal también es más alta en aquellos departamentos con mayores porcentajes de pobreza, de población indígena y de desigualdad.

Así, la tasa de mortalidad neonatal promedio nacional en el año 2009 era 11,7 por 1000 nacidos vivos. Sin embargo, esta tasa en Boquerón era 18,6; en Alto Paraná, 15,3; en Concepción, 15,2; en Presidente Hayes, 13,3; y en Amambay, 12,9 por 1000 nacidos vivos. Ese mismo año, la tasa de mortalidad neonatal en Ñeembucú era 2,1, y en Asunción, de 9,6 por 1000 nacidos vivos<sup>44</sup>.

Nuevamente se toma para el análisis al departamento de Boquerón y a Asunción en términos comparativos. Como era de esperarse, considerando que las muertes maternas son mucho más numerosas en Boquerón que en Asunción, también lo son las muertes neonatales. Además de los considerados en la tabla 1 del presente documento, se presenta en la siguiente tabla 2 otros aspectos a considerar.

<sup>40</sup> Si bien las cesáreas salvan vidas en casos de parto obstruido u otras indicaciones, conllevan riesgos y pueden ser causa de morbilidad tanto para la madre como para el bebé. Las cesáreas sin trabajo de parto impiden una adecuada reabsorción del líquido pulmonar fetal, con el consiguiente riesgo de dificultad respiratoria e hipertensión pulmonar en el recién nacido. La OMS afirma que no puede justificarse que ningún país tenga más de 10 a 15% de cesáreas (The Lancet, 1985; 436-437).

<sup>41</sup> La OMS recomienda al menos cuatro controles prenatales. En la medida que éstos se inicien precozmente, se podrán realizar intervenciones oportunas y eficaces (OMS: *Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán!*).

<sup>42</sup> MSPBS/OPS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística. *Perfil de salud de la niñez de Paraguay. Paraguay, 2011*. Disponible en: <http://www.paho.org/par>. Asunción, 2009.

<sup>43</sup> La meta regional es que todos los países de la región logren una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10.000 habitantes (OPS: *Manual de medición y monitoreo. Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud. Un compromiso compartido*. Washington, 2011).

<sup>44</sup> MSPBS/OPS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay. Paraguay, 2011*. Disponible en: <http://www.paho.org/par>. Asunción, 2009.

Las muertes neonatales, en su mayoría, están en relación con las condiciones maternas, del parto y las circunstancias que acontecen durante las horas y días transcurridos antes y después de éste. Más del 65% de los casos puede prevenirse con un manejo obstétrico perinatal oportuno y de calidad.



**TABLA 2: TASAS REGISTRADAS DE MORTALIDAD NEONATAL EN ASUNCIÓN Y EN BOQUERÓN Y FACTORES ASOCIADOS, 2009**

	PAÍS	ASUNCIÓN	BOQUERÓN
Tasa de mortalidad neonatal	11,7	9,6	18,6
% de muertes neonatales por prematuridad	9,1	5,4	16,7
% de muertes neonatales por aspiración de líquido meconial	5,4	3,3	8,3
Hospital materno-infantil	7	5	1
Número de hospitales calificados como "Amigos de la madre y del niño"	18	6	0

Fuente: MSPBS/OPS, 2009<sup>45</sup>.

Se destaca en esta tabla que las muertes debidas a prematuridad y a aspiración de meconio son mayores que el promedio nacional y que en Asunción, para subrayar nuevamente la importancia de un buen manejo obstétrico perinatal, pues ambas patologías pueden disminuirse en gran medida con ello.

Con respecto a Ñeembucú, a pesar de contar con una de las menores tasas de profesionales de la salud (3,7 por 10.000 habitantes), ostenta bajas cifras de mortalidad neonatal. Si bien no se cuenta con datos específicos, es de suponer que tan bajas tasas de mortalidad puedan explicarse por el hábito de la población paraguaya de recurrir a los servicios de salud

transfronterizos en el territorio argentino. En este sentido, estudios realizados acerca de la situación de fronteras señalan la llamativa diferencia que existe entre uno y otro lado en términos de disponibilidad de servicios básicos y de salud, siendo mucho mayor del lado argentino<sup>46</sup>.

En el otro extremo, Asunción tiene una disponibilidad de profesionales de la salud de 32,8 por 10.000 habitantes<sup>47</sup>, muy por encima de la meta regional antes mencionada, y una tasa de mortalidad neonatal inferior a la media nacional, como puede relacionarse entre la serie de gráficos y tablas hasta el momento presentados.

<sup>45</sup> Op. cit.

<sup>46</sup> Fantín, María Alejandra: "Consideraciones generales acerca de la atención de la salud en la frontera argentino-paraguaya", en: *Observatorio Latinoamericano 2*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Estudios de América Latina y el Caribe. Dossier Paraguay. Buenos Aires, 2010. Disponible en: [http://www.plataformademocratica.org/Publicaciones/18987\\_Cached.pdf#page=76](http://www.plataformademocratica.org/Publicaciones/18987_Cached.pdf#page=76).

<sup>47</sup> MSPBS/OPS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay. Paraguay, 2011*. MSPBS/OPS. Disponible en: <http://www.paho.org/par>. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística. Asunción, 2009.



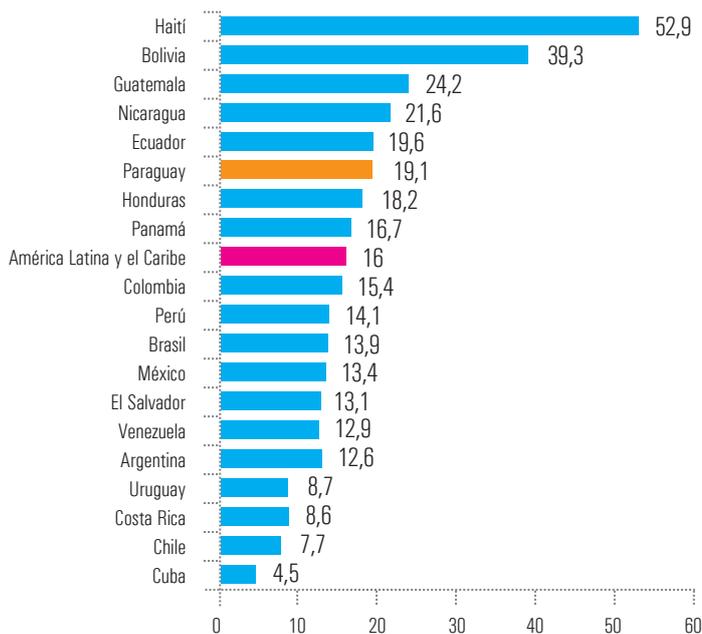
El momento en el que ocurre la mayoría de las muertes neonatales habla de la calidad del manejo obstétrico y perinatal, ya que en su gran mayoría las muertes ocurren estando los bebés internados.

## MORTALIDAD INFANTIL O MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO

Paraguay presenta una tasa de mortalidad infantil estimada de 19,1 por 1000 nacidos vivos. De esta manera, se sitúa por encima del pro-

medio regional, ya que la Cepal estima para América Latina y el Caribe una tasa de mortalidad infantil de 16 por cada 1000 nacidos vivos, como puede apreciarse en el gráfico 9.

GRÁFICO 9: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADA EN AMÉRICA LATINA Y PARAGUAY



Hasta aquí se ha visto que **la primera causa de muerte en menores de un año se debe a lesiones debidas al parto**, en directa relación con las condiciones sociales y culturales de la madre y la familia.

Al igual que la mortalidad en el periodo neonatal, las malformaciones congénitas constituyen un problema emergente en la medida que otras causas de mortalidad infantil están siendo controladas (enfermedades respiratorias, diarreas, infecciones).

En la mayoría de los países de América Latina, a partir del año 2000 se observa un cambio de patrón de causas de muerte infantil, pasando a ser la debida a malformaciones congénitas la segunda causa de muerte infantil, después de las de causas perinatales<sup>48</sup>.

Además del aumento en la proporción de malformaciones congénitas en el total de causas de muerte infantil, se registra un incremento en la tasa de mortalidad por malformaciones congénitas<sup>49</sup>. Las malformaciones y trastornos congénitos obedecen a causas y determinantes diversos, entre ellos factores prevenibles,

<sup>48</sup> Bronberg, RA.; Gutiérrez Redomero, E.; Alonso, MC.; Dipierri, JE.: *Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y condición socioeconómica: el caso de la Argentina*. Rev. Panam. Salud Pública. 2012;31(6):469-75.

<sup>49</sup> La tasa de mortalidad infantil por malformaciones congénitas registrada por 1000 nacidos vivos en el año 2002 era de 1,8, y en el año 2009, de 2. La tasa de mortalidad de 1 a 4 años por malformaciones congénitas por 100.000 habitantes de 1 a 4 años era de 3,6 en el año 2002, y de 5,44 en el año 2009 (MSPBS, Departamento de Bioestadística, 2009).



Al igual que en la mayoría de los países de la región, la segunda causa de muerte en niños y niñas menores de un año se debe a malformaciones congénitas (casi el 19% de ellas).

como los de carácter infeccioso o nutricional, consumo de alcohol, medicamentos, drogas o exposición a sustancias químicas, sobre todo a plaguicidas<sup>50</sup>.

Así, como causas de defunciones de niñas y niños menores de un año tenemos a las siguientes: lesiones debidas al parto, 55,6%; malformaciones congénitas, 18,9%; enfermedades respiratorias, 4,5%; diarreas, 2,5%; y muertes por enfermedades nutricionales y anemias, 2,3%<sup>51</sup>.

Con respecto a las enfermedades nutricionales, es preciso subrayar que la desnutrición determina entre el 50 y el 60% de la mortalidad infantil<sup>52</sup>.

### ¿Existen diferencias entre la cantidad de muertes de niños y niñas según sus condiciones de vida?

#### Mortalidad infantil y determinantes sociales

El problema de la mortalidad en menores de un año fue expuesto hasta aquí considerando los términos medios, que, como se ha visto, son superiores al promedio regional. Se sabe, sin embargo, que los promedios ocultan distintas

realidades y que la magnitud de la mortalidad varía enormemente entre los diferentes grupos de niños y niñas, según se considere su situación económica, su lugar de residencia o su identidad étnica, entre otros factores.

El 32,4% de la población de Paraguay vive bajo la línea de pobreza, y el 18% lo hace bajo condiciones de pobreza extrema (indigencia). Estos porcentajes suben a 43,3% de pobres y 25,5% de pobres extremos si se considera sólo a la población menor de 18 años<sup>53</sup>.

La pobreza entre los niños, niñas y adolescentes del área rural llega a afectar al 54,1% de ellos, mientras que entre la población urbana de niños, niñas y adolescentes la incidencia es del 34%<sup>54</sup>. La situación empeora aún más si se considera la condición étnica, pues el 77% de los niños, niñas y adolescentes indígenas es pobre, y el 63% de esta población pobre es pobre extrema<sup>55</sup>.

Entre la población **guaraní hablante**, el 56,7% es pobre, mientras que en la **población que habla en castellano** sólo lo es el 12,7%<sup>56</sup>.

Además, los hombres tienen mayor ingreso que las mujeres, siendo la brecha de ingresos

<sup>50</sup> Kliegman, R. Nelson: *Tratado de Pediatría*. 19ª edición. Editorial Elsevier. España, 2012; Benítez-Leite, S.; Macchi, ML.; Acosta, M.: *Malformaciones congénitas asociadas a agrotóxicos*. Revista Pediatría. Asunción, 2007, vol. 34, no. 2, p. 111-121; Benítez Leite, S.; Macchi, ML.; y col.: Daño celular en una población infantil potencialmente expuesta a pesticidas. Base Investigaciones Sociales. Asunción, 2010.

<sup>51</sup> MSPBS/OPS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay*. Paraguay, 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/par>. Asunción, 2009.

<sup>52</sup> Informe de consultoría para el PNUD. Sanabria, MC.: *Análisis de la situación de salud infantil y antropometría en menores de 5 años*. Paraguay, EPH 2005.

<sup>53</sup> DGEEC: *Encuesta permanente de hogares 2011*. Asunción, 2012.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

<sup>55</sup> DGEEC: *Encuesta de hogares indígenas 2008*. Asunción, 2008.

<sup>56</sup> DGEEC: *Encuesta permanente de hogares 2011*. Asunción, 2012.

a nivel nacional en promedio cercana a los 635.000 guaraníes a favor de los hombres. Este comportamiento se da tanto en el área urbana como el rural<sup>57</sup>.

Una de las razones de tan altos niveles de pobreza radica en la **inequitativa distribución de los ingresos entre la población**. El 10% más pobre de la población (decil más bajo) participa con el 1,1% del total de los ingresos, mientras que el 10% más rico (decil más alto) participa con el 41,2% del ingreso total. Es decir, los más ricos tienen un ingreso medio 39 veces mayor que los más pobres. Además, el ingreso por persona es desigual entre el área urbana y rural (el ingreso per cápita urbano es 1,8 veces del rural), y también internamente dentro de cada área se evidencia la desigualdad de los ingresos. La participación de los más ricos en el ingreso total respecto a la de los más pobres es 23 veces mayor en el área urbana y 43 veces en el rural<sup>58</sup>.

El ingreso económico posibilita el acceso a agua potable y a servicios sanitarios, a educación, a información, a vivienda y a ambientes saludables. A su vez, el acceso a ello posibilita una mejor salud y menores posibilidades de enfermedad y muerte.

La calidad y fuente principal de **agua** y de agua de beber varían según las posibilidades económicas de las personas, su pertenencia a población indígena o no, entre departamentos y distritos, entre otras cosas. El 69% de las viviendas del país tiene agua en red<sup>59</sup> (84% de la población urbana y 49% de la rural).

La mayor parte de la población paraguaya utiliza como fuente principal de agua y fuente de agua de beber a la red de la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay (Essap) y del Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental, Senasa (48,5%), de redes privadas (13,1%) o de pequeñas redes comunitarias o privadas (7,6%)<sup>60</sup>. Sin embargo, este porcentaje cae a 42,6% en hogares pobres<sup>61</sup> y a sólo el 1,4% si se considera exclusivamente a la población indígena<sup>62</sup>.

La segunda fuente de agua más utilizada (28,5% de la población) corresponde a los pozos, incluidos los artesianos, los pozos protegidos y los sin protección. Un porcentaje pequeño de la población (1,2%), mayormente en los quintiles menores de ingreso y correspondiente a población indígena, utiliza como fuente principal de agua una abierta no protegida o no mejorada como manantial, agua de lluvia, ríos, estanques o arroyos<sup>63</sup>.

<sup>57</sup> *Ibidem*.

<sup>58</sup> *Ibidem*.

<sup>59</sup> STP, MOPC, MSPBS y Erssan: *Evaluación rápida de la calidad de agua de los sistemas de abastecimiento y pozos someros*. Asunción, 2010.

<sup>60</sup> Banco Mundial: *Determinantes de la salud en Paraguay. Estudio de visión de medio y largo término del sector salud paraguayo: construyendo un futuro saludable*. Asunción, 2011.

<sup>61</sup> DGEEC: *Encuesta permanente de hogares 2011*. Asunción, 2012.

<sup>62</sup> DGEEC: *Encuesta de hogares indígenas 2008*. Asunción, 2012.

<sup>63</sup> *Ibidem*.

Las desigualdades existentes en Paraguay son múltiples, se acumulan, potencian y perpetúan.

En cuanto mejor es el acceso a agua potable, saneamiento y educación de la madre, menor es la mortalidad infantil.





De cada 10 mujeres paraguayas, sólo una alcanza niveles superiores de educación.

Con respecto a la calidad del agua para beber, el 1,35% de los sistemas presentan coliformes fecales por encima de la norma del Ente Regulador de Servicios Sanitarios, Erssan (mayor a 2 UFC/100 ml) y 2,68% de los sistemas no posee cloro residual en cantidad recomendada por la norma. Esto es importante para mantener desinfectante en la red<sup>64</sup>.

La población de los quintiles más altos de ingreso, en particular la del quintil más alto, utiliza agua embotellada como fuente de agua para beber<sup>65</sup>.

Considerando el **acceso a servicios sanitarios**, sólo el 8,6% de la población cuenta con desagüe de agua con red de alcantarillado, y el 57,7% tiene inodoro con pozo ciego, población en su mayoría correspondiente a zonas urbanas y quintiles más altos de ingreso. El 32,6% de la población, en particular la de bajo nivel de ingreso, utiliza como fuente de saneamiento letrinas, que no siempre son ventiladas<sup>66</sup>. El 51,2% de la población carece de sistema adecuado de disposición final de residuos, por lo que termina quemándolos<sup>67</sup>.

Otro determinante fundamental para acceder a la salud y evitar muertes prevenibles y prematuras al influir sobre comportamientos sanitarios y nutricionales es el nivel de **educación** de la familia. En particular, interesa considerar el nivel de educación de la madre, pues se sabe que las condiciones maternas están en directa relación con la sobrevivencia de los niños y niñas en su primera infancia<sup>68</sup>; la falta de acceso a una educación formal en las madres produce situaciones desventajosas para sus hijos<sup>69</sup>.

En este sentido, se registran mayores tasas de analfabetismo en mujeres (5,3%) que en hombres (3,8%); en población rural que urbana (en promedio, el 4,6% de la población declara que no sabe leer ni escribir, cifra que sube a 8,1% del total de la población rural)<sup>70</sup> y en población indígena que no indígena. El 38,9% de la población originaria es analfabeta<sup>71</sup>.

Otros datos a considerar: el 3% de las madres no accede a una educación formal; el 52% alcanza un nivel primario de educación; el 25,4% tiene un nivel medio; y el 10,3%, un nivel superior<sup>72</sup>.

<sup>64</sup> STP, MOPC, MSPBS y Erssan: Evaluación rápida de la calidad de agua de los sistemas de abastecimiento y pozos someros - Paraguay, 2010.

<sup>65</sup> Banco Mundial: Determinantes de la salud en Paraguay. Estudio de visión de medio y largo término del sector salud paraguayo: construyendo un futuro saludable. Asunción, 2011.

<sup>66</sup> STP, MOPC, MSPBS y Erssan: Evaluación rápida de la calidad de agua de los sistemas de abastecimiento y pozos someros - Paraguay, 2010.

<sup>67</sup> DGEEC: Encuesta permanente de hogares 2012. Asunción, 2013.

<sup>68</sup> The Lancet: *Supervivencia neonatal. Salud del recién nacido: una clave para la supervivencia infantil*. Serie OPS/ FCH/CA/05.7.E. Marzo, 2005.

<sup>69</sup> Cepal, UNFPA, OPS: *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos*. Naciones Unidas. Octubre, 2010.

<sup>70</sup> DGEEC: Encuesta permanente de hogares 2012. Asunción, 2013.

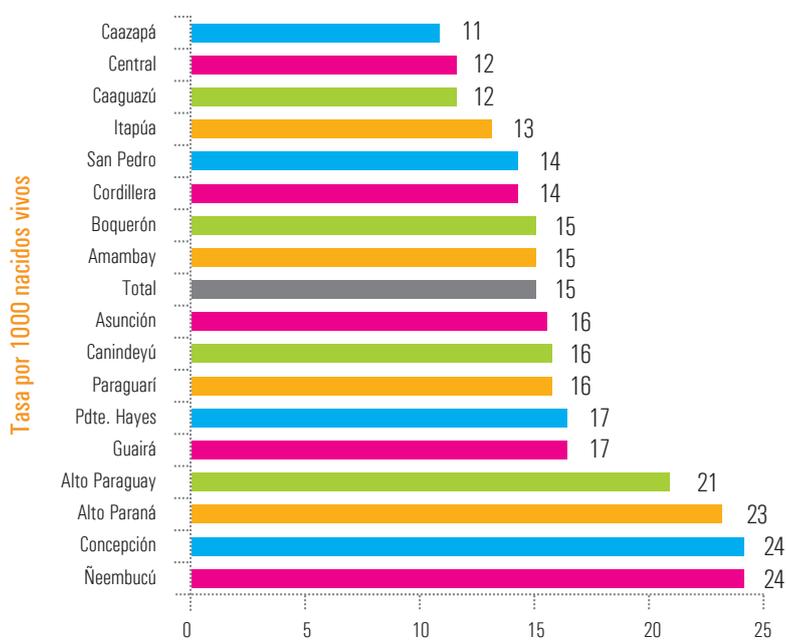
<sup>71</sup> Banco Mundial: *Determinantes de la salud en Paraguay. Estudio de visión de medio y largo término del sector salud paraguayo: construyendo un futuro saludable*. Asunción, 2011.

<sup>72</sup> MSPBS/OPS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay*. Paraguay, 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/par>. Asunción, 2009.

Así, considerando los datos hasta aquí presentados sobre los determinantes de la salud y las diversas situaciones que se dan en el país,

puede entenderse la variación de las tasas de mortalidad infantil entre departamentos que se presenta en el gráfico 10.

**GRÁFICO 10: MORTALIDAD INFANTIL REGISTRADA POR REGIONES SANITARIAS, 2011**



Fuente: MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.

Teniendo en cuenta que la tasa promedio de mortalidad infantil para el año 2011 fue de 15,2 por 1000 nacidos vivos, puede observarse que ésta sobrepasa ampliamente en Ñeembucú, Concepción, Alto Paraná, Alto Paraguay, Guairá y Presidente Hayes<sup>73</sup>.

Es en la región del Chaco y al norte del país donde se registran los mayores índices de pobreza, y es Alto Paraná uno de los departamentos más desiguales del país en cuanto a distribución de los ingresos<sup>74</sup>. A ellos se suma el sureño departamento de Ñeembucú.

Considerando que las tasas de mortalidad por departamentos presentadas son las promedio entre las registradas en los distintos distritos

que los constituyen, es de esperar que la mortalidad sea mucho mayor en unos distritos que en otros, teniendo en cuenta las desigualdades existentes entre ellos.

Por poner un ejemplo, Itapúa, cuyas tasas promedio de mortalidad infantil no están entre las más altas, es el departamento con mayores índices de desigualdad y alberga distritos de los más pobres y desiguales del país, junto con otros con porcentajes de pobreza mucho menores al promedio nacional. Así, entre sus distritos, se encuentran el de Leandro Oviedo, que tiene 67,2% de población pobre, o el de Alto Verá, con 63%, junto con el de Hohenau, que tiene 22,8% de población pobre, o el de Fram, con 27%<sup>75</sup>.

<sup>73</sup> MSPBS: Departamento de Bioestadística. Asunción, 2011.

<sup>74</sup> Robles, M., Santander, H.: *Paraguay: pobreza y desigualdad de ingresos a nivel distrital*. DGEEC, 2004.

<sup>75</sup> *Ibidem*.



La pobreza determina mayor mortalidad de los niños y niñas que la padecen.

La mortalidad infantil en los pueblos indígenas de Paraguay es cuatro veces mayor que en el resto de la población infantil del país, y es la más alta de América Latina.

### Mortalidad infantil en pueblos indígenas

Al igual que es preciso develar las distintas tasas de mortalidad según las condiciones de vida sobre todo relacionadas a la pobreza, es preciso considerar en particular lo que acontece con la población infantil indígena, que es la que sufre mayor pobreza y otras exclusiones acumuladas históricamente.

La mortalidad infantil entre los pueblos indígenas es más alta que en las poblaciones no indígenas en todo el mundo. En América Latina, la mortalidad infantil de los niños indígenas es 60% mayor que la de la infancia no indígena (48 por 1000 nacidos vivos frente a 30 por 1000, respectivamente). Si se considera la probabilidad de morir antes de los cinco años de vida, la brecha es aún mayor, con una sobremortalidad del 70%. Sin embargo, el panorama regional es heterogéneo en términos de la intensidad de la mortalidad. En un extremo se ubica **Paraguay, con las más altas probabilidades de morir en la infancia**, y en el otro extremo se encuentran Chile y Costa Rica, con las menores tasas<sup>76</sup>.

En el año 2002, la tasa nacional de mortalidad infantil era de 20 por 1000 nacidos vivos y en pueblos indígenas era de 75 por cada 1000 nacidos vivos. Esta brutal diferencia es aún mayor si se considera la mortalidad infantil entre las diferentes etnias existentes en el país.

Las etnias que actualmente ocupan el territorio paraguayo pertenecen a las familias lingüísticas zamuco, matabo (mataguayo), maskoy, guaicurú y guaraní. Dentro de estas familias se encuentran comprendidas 20 etnias o parcialidades con identidades propias y realidades diferentes. Si bien la población indígena que vive en Paraguay está distribuida casi equitativamente entre la Región Oriental y la Occidental o Chaco, es de destacar que en la primera representan sólo el 0,9% de la población total, y en la segunda, el 31%<sup>77</sup>.

En la Región Occidental o Chaco viven 16 etnias distintas pertenecientes a alguna de las cinco familias lingüísticas. Esta región se caracteriza por tener una muy baja densidad demográfica, presentar una alta salinidad del suelo, falta de agua y temperaturas extremas con periodos cíclicos de inundaciones y sequías. El contacto con la cultura occidental recién se dio desde inicios del siglo pasado: con militares durante la Guerra del Chaco, con colonias menonitas y más recientemente con ganaderos<sup>78</sup>.

En la Región Oriental actualmente se encuentran asentadas cuatro etnias, todas de la familia lingüística guaraní. Estos grupos étnicos han tenido un contacto más temprano con la cultura occidental desde la conquista, lo que en cierta manera les ha permitido ciertas adaptaciones para su subsistencia<sup>79</sup>.

<sup>76</sup> Cepal, UNFPA, OPS: *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos*. Naciones Unidas. Octubre, 2010.

<sup>77</sup> Dobrée, Patricio: *Buen vivir y mujeres indígenas en Paraguay. Apuntes para una reflexión*. CDE. Asunción, 2013.

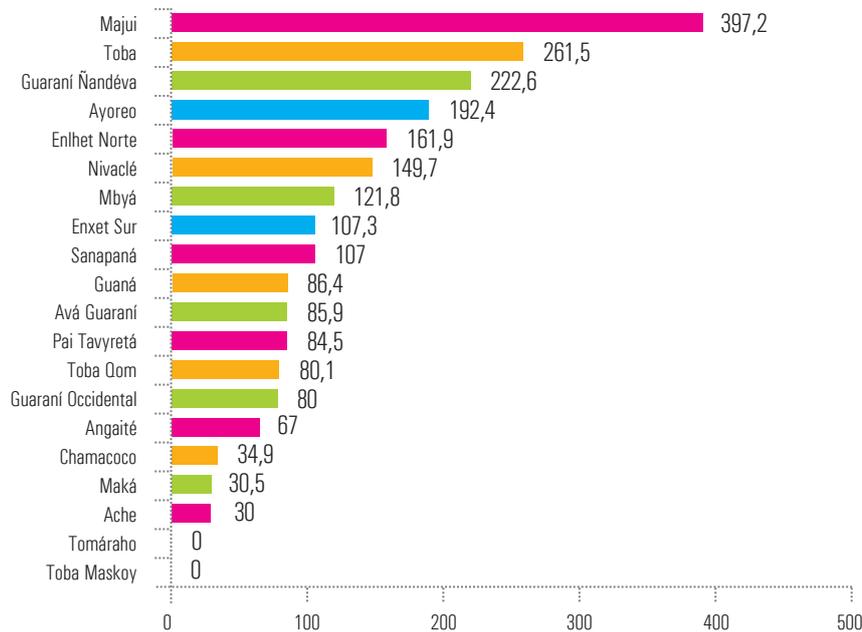
<sup>78</sup> *Ibidem*.

<sup>79</sup> *Ibidem*.

El mayor problema que enfrentan las poblaciones indígenas es el territorial, tanto en términos de expulsión de sus territorios ancestrales como del deterioro ambiental establecido sobre todo a partir de la implantación del modelo agroexportador vigente. La superficie boscosa de la región se redujo aproximadamente en 70% en un periodo que abarca de 1945 a 2002<sup>80</sup>.

La transformación del medio ambiente y el desencuentro que aún hoy existe entre culturas han tenido consecuencias catastróficas en la población indígena y en algunas etnias más que en otras, como puede apreciarse en las diferentes tasas de mortalidad infantil presentadas en el siguiente gráfico.

**GRÁFICO 11: TASAS REGISTRADAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN ETNIA**



Fuente: Arce Bordón (2005), en base a datos del "Censo nacional de población y viviendas 2002".

Si bien no se cuenta con datos detallados referentes a las circunstancias en las que se dan las muertes infantiles en estas poblaciones, aspecto que limita el análisis, es de destacar que las más escandalosas tasas de mortalidad infantil corresponden a etnias que viven en el Chaco paraguayo. Entre las etnias con menores tasas, se encuentran la comunidad maka. Entre otros factores, tal vez podría estar influyendo el hecho que esta última etnia mencionada tiene una historia más larga de adaptación a la vida urbana, a diferencia de otras

que viven en el Chaco paraguayo y que están sufriendo las consecuencias nefastas de su encuentro con la cultura occidental recién en las últimas décadas.

Por otro lado, los servicios de salud ubicados en el Chaco paraguayo tienen más limitaciones que los que están en la Región Oriental. Como ya se ha visto, la capacidad resolutive es baja y la tasa de recursos humanos en salud, el número de servicios, de camas hospitalarias y de especialistas, son francamente menores en la

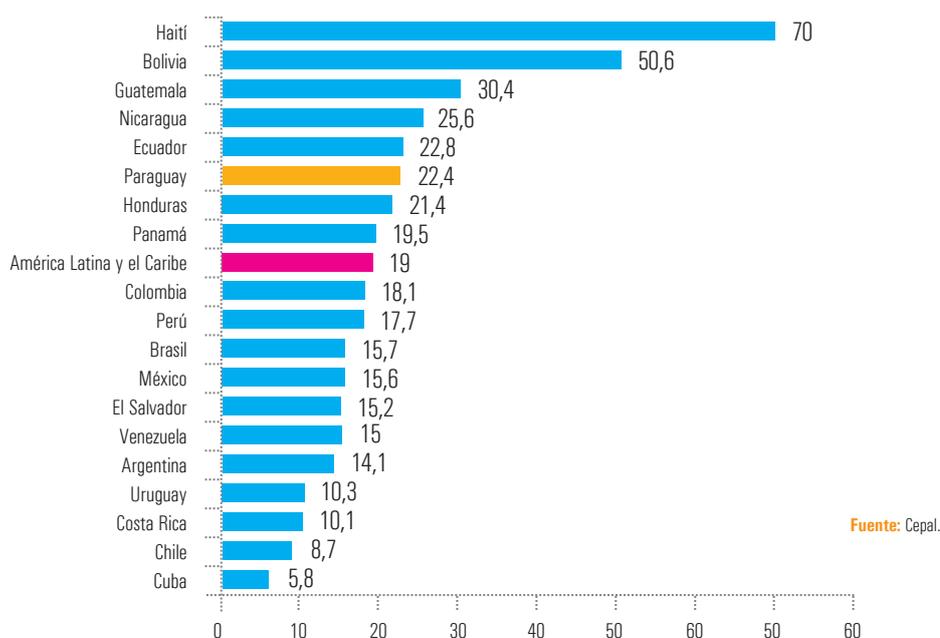
<sup>80</sup> Gonzáles, Ramón: Estudio de tendencias y perspectivas del sector forestal en América Latina. Documento de trabajo. Informe nacional Paraguay. Servicio Forestal Nacional, FAO, Roma. Disponible en: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/009/j3292s/j3292s00.pdf>.

Región Occidental o Chaco que en el resto del país. Otro factor que atenta contra la calidad de atención en los servicios de salud es que el personal de salud maneja pobremente conceptos sobre interculturalidad, y muy pocos hablan la lengua particular de cada etnia, salvo el idioma guaraní.

## MORTALIDAD EN NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE UNO Y MENORES DE 5 AÑOS: LA VIOLENCIA DE LOS ACCIDENTES COMO PRIMERA CAUSA DE MUERTE

Según la Cepal, Paraguay presenta una tasa estimada de mortalidad en menores de cinco años de 22,4 por 1000 nacidos vivos, situándose por encima del promedio regional. En efecto, la Cepal estima para América Latina y el Caribe una tasa de mortalidad en menores de cinco años de 19 por cada 1000 nacidos vivos, como puede apreciarse en el gráfico 12.

GRÁFICO 12: TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS ESTIMADA EN AMÉRICA LATINA Y PARAGUAY. 2011



La primera causa de muerte a partir del año de vida y hasta la juventud se relaciona con las lesiones de causa externa, entre las que se encuentran los **accidentes**, que incluyen los domésticos y los de tránsito. Lamentablemente, los datos disponibles no permiten cuantificar con exactitud cada uno de ellos por separado. Nuevamente se señala el carácter polítético de la

CIE 10 utilizada. Las lesiones de causa externa incluyen accidentes domésticos, de tránsito, homicidios y suicidios, entre otros.

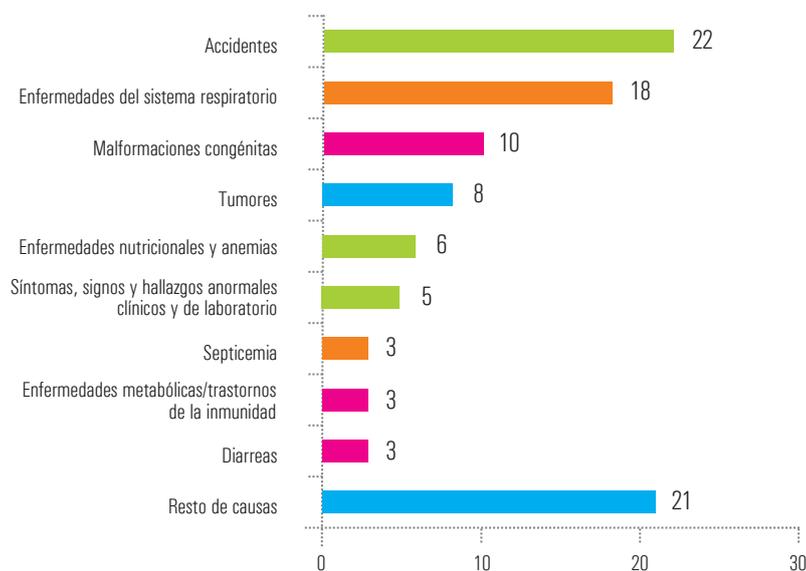
**Las lesiones de causa externa ocupan el primer lugar como causa de muerte en niños, niñas a partir del año y en adolescentes en la mayoría de los países de América Latina<sup>81</sup>.**

<sup>81</sup> MEC, Viceministerio de la Juventud, Organización Iberoamericana de Juventud. *Realidades y desafíos de la juventud paraguaya. Una mirada desde la situación sociodemográfica y la orientación de políticas públicas*. Asunción, 2009.

A los accidentes como primera causa de muerte en niños y niñas de 1 a 4 años, le siguen las enfermedades respiratorias, las malformacio-

nes congénitas y tumores, como puede apreciarse en el siguiente gráfico.

**GRÁFICO 13: MORTALIDAD REGISTRADA DE LA POBLACIÓN ENTRE 1 Y 4 AÑOS POR EDAD SEGÚN PRINCIPALES CAUSAS, PARAGUAY, 2011 (%)**



Fuente: elaboración propia con base en MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Departamento de Información Bioestadística, 2011.

## b. MORBILIDAD EN LA PRIMERA INFANCIA

### ASPECTOS NUTRICIONALES Y PERINATALES

Como se sabe, en los primeros años de vida el ser humano desarrolla el sistema nervioso como en ningún otro momento. El 75% del desarrollo cerebral se da en los primeros dos años de vida, y para ello las condiciones de vida son cruciales: tener una familia, recibir amor, cuidados y protección, alimentos, vivienda adecuada, servicios de saneamiento ambiental, medio ambiente sano, entre otros<sup>82</sup>.

Numerosos estudios científicos demuestran que factores negativos en las condiciones de vida pueden disminuir o hacer más lentos los

procesos neurológicos que ocurren en el sistema nervioso central a edades tempranas<sup>83</sup>.

Las causas de morbilidad en niños y niñas menores de cinco años tienen fundamentalmente que ver con las condiciones durante su vida intrauterina, al nacer y en los primeros años, a su vez en directa relación con las condiciones socioeconómicas donde viven y se desarrollan<sup>84</sup>. En este sentido, el factor crucial a considerar es el acceso a nutrientes, entre ellos, a la leche materna.

La lactancia materna es clave para la sobrevivencia del recién nacido, para su estimulación y desarrollo, la cohesión del vínculo familiar y posteriormente social. Es una comprobación basada en evidencia científica que la leche ma-

<sup>82</sup> Shonkoff, Jack P., et al.: *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. National Academy Press. Washington, DC, 2000.

<sup>83</sup> Als, Heidelise et al.: "Early experience alters brain function and structure", en *Pediatrics* (Burlington: American Academy of Pediatrics), 2004, vol. 13, pp. 846-857.

<sup>84</sup> Grantham-McGregor, Sally, et al.: "Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries", *Lancet*, vol. 369, no. 9555, 6 de enero de 2007, págs. 60-70.

terna en la primera hora de vida, con una tasa elevada de cobertura (99%), podría reducir la morbilidad y la mortalidad neonatal en 55 a 87%<sup>85</sup>. Los lactantes que toman pecho materno crecen mejor, tienen menos obesidad, menos infecciones agudas (como otitis, diarreas, infecciones urinarias, etc.) y menos enfermedades crónicas (como diabetes, enfermedad celiaca, enfermedades intestinales crónicas y algunos tipos de cáncer de la niñez).

En Paraguay, sólo 1 de cada 4 lactantes es alimentado exclusivamente con leche materna durante sus primeros meses de vida<sup>86</sup>, y sólo el 47% de los recién nacidos inicia tempranamente la lactancia materna durante la primera hora de nacidos<sup>87</sup>.

Además, el 6,3% de todos los recién nacidos vivos nace con un peso menor de 2500 gramos y el 0,9% nace con menos de 1500 gramos<sup>88</sup>. El bajo peso al nacer indica que el feto estuvo creciendo en un ambiente uterino adverso, sin recibir los nutrientes adecuados. Estos sucesos repercuten no solamente en el tamaño, sino también en los patrones de desarrollo, y determinan mayor riesgo de mortalidad infantil<sup>89</sup>.

Como ya se ha mencionado, nacer con bajo peso provoca una serie de efectos a lo largo de la vida de una persona, como envejecer prematuramente, tener presión arterial elevada, tener mayores riesgos metabólicos o sufrir osteoporosis. Esta asociación entre bajo peso al nacer y desarrollo de enfermedades en la

edad adulta ha sido confirmada por una enorme cantidad de estudios<sup>90</sup>.

Tomando como fuentes las últimas encuestas nacionales disponibles, Paraguay presenta una prevalencia nacional de desnutrición crónica del 17,5% en menores de cinco años<sup>91</sup>. La desnutrición crónica es el tipo de desnutrición que mejor refleja la situación del derecho a la supervivencia y el desarrollo y los devastadores efectos de sufrir carencias y condiciones adversas a lo largo del tiempo.

La desnutrición es mayor en niños y niñas menores de 2 años y residentes en área rural<sup>92</sup>, y aún mucho mayor en población infantil indígena. Los indicadores de desnutrición infantil presentan aristas muy diferenciadas entre estos dos grupos en una relación de 1/3, es decir, por cada niño o niña desnutrido/a no indígena, se encuentran tres indígenas en la misma situación<sup>93</sup>.

Además, de entre los niños y niñas que acuden a los servicios de salud, el 20,8% de los niños y niñas menores de cinco años está en riesgo de desnutrición; el 5,7% de los niños y niñas de entre dos y cinco años presenta desnutrición aguda moderada y el 4% presenta desnutrición global moderada<sup>94</sup>.

Un estudio auspiciado por Unicef en 2003, con 227 niños y niñas de entre 1 y 4 años de edad, procedentes de seis localidades (urbana y rural) de los departamentos de Concepción, Caaguazú, Central y Boquerón, encontró una prevalen-

<sup>85</sup> Darmstadt, G., Bhutta, Z. y col. "Supervivencia neonatal 2: intervenciones efectivas en función de los costos basados en evidencia científica: ¿a cuántos recién nacidos podemos salvar?", en: *The Lancet*. Supervivencia neonatal. Serie OPS/FCH/CA/05.7.E. Marzo, 2005.

<sup>86</sup> Cepep: *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008*. Asunción, 2009.

<sup>87</sup> Cepep: *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008*. Asunción, 2009.

<sup>88</sup> MSPBS. *Perfil de salud de la niñez de Paraguay*. OPS/OMS. Asunción, 2011.

<sup>89</sup> Schaffer/Avery: *Enfermedades del recién nacido*. Editorial Panamericana, sexta ed. Buenos Aires, Argentina.

<sup>90</sup> Barker, D. "Crecimiento humano y enfermedad coronaria", en: Uauy, R., Carmuega, E., Barker, D.: *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población*. Instituto Danone del Cono Sur, 1ª edición. Buenos Aires, 2009.

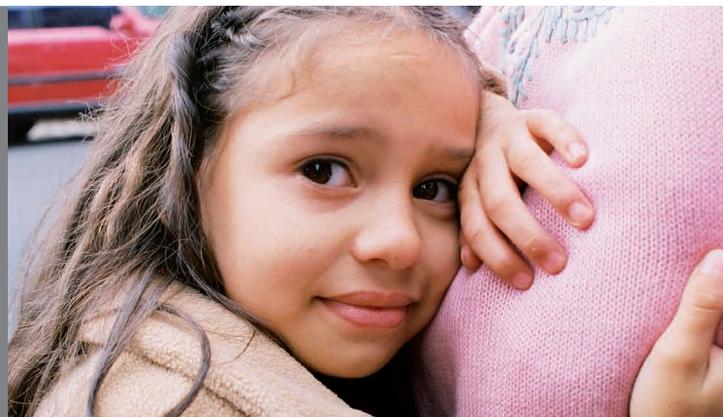
<sup>91</sup> Sanabria, MC: *Informe de consultoría para el PNUD. Análisis de la situación de salud infantil y antropometría en menores de 5 años*. Paraguay, EPH 2005.

<sup>92</sup> Masi, C.; Sánchez Bernal, S.; Dallmann, D.; Rodas, A.; Morínigo, G.; Mendoza, L. *Perfil nutricional de niños menores de 5 años de edad que acuden a servicios públicos de salud en el Paraguay*. Libro de resúmenes del V Congreso Paraguayo de Nutrición. Asunción, 2012.

<sup>93</sup> DGEEC: *Encuesta permanente de hogares 2005 y Encuesta de hogares indígenas 2008*. Asunción.

<sup>94</sup> MSPBS, Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición: *Situación nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten a los servicios de salud*. Años 2001 a 2011. Asunción, 2013.

Las causas de enfermedad más frecuentes registradas en menores de cinco años son las afecciones respiratorias, las diarreas y las enfermedades carenciales.



cia de anemia del 22% (puntos de corte según OMS)<sup>95</sup>.

Considerando la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de cinco años de distintos países de la región, Paraguay se encuentra en una categoría de gravedad moderada como problema de salud pública<sup>96</sup>.

Otro aspecto que hay que considerar en el escenario donde los niños y niñas menores de cinco años se enferman en Paraguay es el concerniente a los problemas de desarrollo. En este sentido, es preciso señalar que las lesiones debidas al parto, además de ser la primera causa de muerte en menores de un año, como ya se ha señalado, son las principales causas de discapacidad en niñas y niños<sup>97</sup>.

### ASPECTOS RELACIONADOS A ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las causas de enfermedad más frecuentes registradas en menores de cinco años son las afecciones respiratorias, las diarreas y las enfermedades carenciales. Del total de casos en

niños y niñas con infecciones respiratorias, casi el 60% corresponde a menores de cinco años. Igual porcentaje se obtiene al considerar el total de casos de diarreas<sup>98</sup>.

### Transmisión materno-infantil del VIH (TMI)<sup>99</sup> y sífilis congénita (SC)<sup>100</sup>

El efecto sobre el feto o lactante de las infecciones de transmisión sexual adquiridas por la madre puede ser devastador. Varios microorganismos de transmisión sexual, como, por ejemplo, el agente transmisor de la sífilis, son causa demostrada de óbitos fetales o muerte neonatal. Además de la mortalidad del feto o del niño y niña recién nacido, hay una amplia variedad de morbilidad concomitante con las enfermedades de transmisión sexual, como daños estructurales o funcionales, parto pretérmino y retraso del crecimiento fetal, daño neurológico, retardo y secuelas. Muchos de los problemas producidos por estos microorganismos se manifiestan en el periodo neonatal o mucho después y pueden no ser aparentes al nacimiento.

<sup>95</sup> Sánchez, S.; Rojas, G.; Arellano, C.; Otero, H.: *Prevalencia de anemia en niños y niñas entre 12 y 60 meses de edad en comunidades seleccionadas*. Asunción, 2004.

<sup>96</sup> OMS: *Vitamin and mineral nutrition information system y últimas encuestas nacionales*, 2007.

<sup>97</sup> DGEEC: *Condiciones sociodemográficas de las personas con discapacidad*. Censo 2002. Asunción, 2005.

<sup>98</sup> MSPBS/OPS. *Perfil de salud de la niñez de Paraguay*. Paraguay, 2011. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística. Asunción, 2009. Disponible en: <http://www.paho.org/par>.

<sup>99</sup> El VIH puede transmitirse al feto durante el embarazo, principalmente en las etapas tardías, o al niño y niña recién nacido durante el parto o la lactancia. En ausencia de medidas preventivas, el riesgo de que un recién nacido contraiga el virus a través de una madre infectada oscila entre el 15% y el 35%. La transmisión materno-infantil es la principal fuente de infección por el VIH en los niños y niñas menores de 15 años (Prevención de la transmisión materno-infantil de VIH. Opciones estratégicas. Colección prácticas óptimas de Onusida. Ginebra, Suiza, 1999).

<sup>100</sup> El agente causal de la sífilis congénita (*treponema pallidum*) puede transmitirse al feto por vía tras-placentaria o al recién nacido durante el parto por contacto con una lesión genital. La sífilis no se transmite por la leche materna a menos que haya una lesión infecciosa en la mama (Sánchez, P., Wendel, G.: "Sífilis durante el embarazo", en: Stoll, B., Weisman, L. *Infecciones en perinatología*. Clínicas de Perinatología. 1/1997, McGraw Hill Interamericana).

La infección materna concomitante con sífilis congénita y VIH puede causar mayor disfunción celular inmunitaria, mayor grado de proliferación sifilítica, mayores tasas de infección fetal. Las mujeres infectadas con VIH que adquieren sífilis durante el embarazo pueden no reaccionar adecuadamente al tratamiento con penicilina y, por otro lado, la sífilis no tratada en una embarazada infectada por VIH puede producir placentitis, que permite la transmisión del VIH de la circulación materna a la fetal<sup>101</sup>.

La transmisión materno-infantil del VIH puede reducirse a menos del 2% con el tratamiento antirretroviral adecuado, el tipo de parto y la sustitución de la lactancia materna. Y la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita puede ser interrumpida por la administración de una dosis adecuada de penicilina<sup>102</sup>.

La estimación mínima de seropositividad frente al VIH en embarazadas en el conjunto de la región es del 0,3%<sup>103</sup>. La prevalencia de VIH en embarazadas en Paraguay se mantiene en 0,34% desde 2006<sup>104</sup>. La transmisión materno-infantil del VIH está en descenso y en 2008 fue de 3,37%<sup>105</sup>.

En Paraguay, la mediana de seroprevalencia de sífilis en mujeres embarazadas es de 3,9%<sup>106</sup>, al igual que la mediana de la región<sup>107</sup>.

La cobertura de la prueba de detección de VIH y sífilis para embarazadas llega a nivel regional a 61%<sup>108</sup>; en Paraguay, llegaba al 50% en el año 2011<sup>109</sup>.

El porcentaje de mujeres embarazadas seropositivas que recibe tratamiento con antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil está en incremento: en el año 2005 era de 7%; en 2010, de 32%; y en 2011, alcanzaba 42,5%<sup>110</sup>. Por otro lado, se ha optimizado el régimen de tratamiento con la introducción de la triple terapia antirretroviral en embarazadas. Del total de lactantes expuestos al VIH en 2010, el 3,6% recibe leche materna exclusiva; 92,1%, leche maternizada; y 3,6%, alimentación mixta<sup>111</sup>.

El porcentaje de bebés con madres seropositivas que se han sometido a una prueba viral de VIH dentro de un plazo máximo de dos meses después del nacimiento **es aún muy bajo**, aunque está incrementándose, habiendo pasado de 21% en 2010 a 27,4% en 2011.

A pesar de estos esfuerzos, aún existen vacíos en el registro y en la respuesta, en particular a niños, niñas y adolescentes abandonados y huérfanos por causa de las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y sida. El 10,3% de los niños, niñas y adolescentes expuestos al VIH que reciben seguimiento se pierden o lo abandonan<sup>112</sup>.

<sup>101</sup> Op. cit.

<sup>102</sup> OPS/Unicef: *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Documento conceptual. Montevideo, 2009.

<sup>103</sup> *Ibidem*.

<sup>104</sup> Programa Nacional de Control de Sida/ITS: *Informe de situación epidemiológica del VIH/sida en Paraguay*. MSPBS. Asunción, 2012.

<sup>105</sup> MSPBS, Programa Nacional de Control de Sida/ITS, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Asunción, 2009.

<sup>106</sup> Op. cit.

<sup>107</sup> OPS/Unicef: *Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe*. Documento conceptual. Montevideo, 2009.

<sup>108</sup> MSPBS, Programa Nacional de Control de Sida/ITS, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Asunción, 2009.

<sup>109</sup> Los datos que se presentan fueron obtenidos del Programa Nacional de Control de Sida del MSPBS, 2011, y del *Informe nacional sobre los avances realizados en la respuesta al VIH y sida en Paraguay*, 2012.

<sup>110</sup> Pronasida: *Informe nacional sobre los avances realizados en la respuesta al VIH y sida en Paraguay*. Asunción, 2012.

<sup>111</sup> *Ibidem*.

<sup>112</sup> OPS/Unicef/Onusida/Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR): *Análisis de la situación al año 2010. Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis congénita en la región de las Américas*. Washington, 2012.

En Paraguay, sólo el 46% de las embarazadas se realiza la prueba de detección de VIH, y poco más del 50% lo hace para diagnosticar sífilis durante el embarazo.



### c. FACTORES CAUSALES DE LA ALTA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y DE LA PRIMERA INFANCIA

#### Normas sociales y culturales

Como se ha visto al analizar las causas específicas de muerte en la primera infancia de niños y niñas, existen condiciones sociales que las determinan. En efecto, la mortalidad perinatal, primera causa de muerte infantil, está condicionada en gran medida por las condiciones de las mujeres embarazadas, las cuales a su vez se moldean según las relaciones de género, clase y etnia. La mortalidad materna, en este sentido, está en relación con causas prevenibles que tienen que ver con la falta de empoderamiento de las mujeres y de un mayor acceso a la información, entre otras cosas. Como se recordará, existen demoras para el inicio del tratamiento adecuado ante una urgencia obstétrica, que hacen que las mujeres embarazadas de escasos recursos mueran más o lleguen tarde, con consecuencias nefastas para sus recién nacidos. Estas demoras tienen que ver con que las mujeres no manejan información sobre signos de alarma; con la falta de ambulancias, transporte; con la lejanía o la accesibilidad geográfica; con la priorización de otros miembros de la familia, entre otras.

La situación de la mujer en la sociedad, y de las mujeres indígenas y campesinas en particular, el acceso que tienen a bienes y servicios, a

educación, a información, deben ser consideradas dentro de un marco social más amplio. Al respecto, se debe tener en cuenta que existe un gran macrosistema que ordena lo social, económico, político, cultural y religioso y que propicia relaciones inequitativas e injustas entre los seres humanos. Este macrosistema es el patriarcado: es una construcción social que da predominio al hombre por sobre la mujer, al marido sobre la esposa, al padre sobre la madre, hijos e hijas, y a la línea de descendencia paterna sobre la materna<sup>113</sup>. Establece desigualdades dentro de la sociedad que no son democráticas, provocan violencia y discriminación contra los niños, las niñas y las mujeres de todas las edades<sup>114</sup>. Otro aspecto a considerar es que propicia una ausencia de corresponsabilidad en el cuidado de los niños y niñas por parte de los hombres, del Estado y del sector privado, lo que afecta la calidad del cuidado y deja a cargo de esta tarea la responsabilidad casi exclusiva de las mujeres.

En este contexto, el personal de salud en ocasiones refuerza estereotipos de género. Como, por ejemplo, cuando se dirige sólo a las mujeres al indicar los tratamientos o cuidados o cuando no realiza las acciones necesarias para tratar a las parejas masculinas de embarazadas con sífilis (con el consiguiente círculo de reinfección y secuelas para las mujeres y recién nacidos).

<sup>113</sup> Naciones Unidas. Asamblea General: *Informe del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*. Sexagésimo quinto período de sesiones. Tema 69 b) del programa provisional. Nueva York, 2010.

<sup>114</sup> *Ibidem*.

## Legislación y políticas

El Código Laboral contempla tan sólo 12 semanas para el permiso de maternidad, es decir, para los cuidados esenciales que requiere el ser humano durante el periodo más crítico de toda su vida. De igual manera, contempla poco tiempo para que una trabajadora tenga posibilidades efectivas de continuar con la lactancia materna más allá de este escaso tiempo de reposo por maternidad. En efecto, establece en el periodo de lactancia que las madres trabajadoras tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.

Asimismo, si se analiza que los padres tienen tan sólo tres días de permiso de paternidad, se puede constatar cómo la sociedad y sus normativas propician un patrón de cuidados a cargo de las mujeres y fomenta muy poco la paternidad responsable, tan necesaria para una sociedad más igualitaria. Este es otro signo del patriarcado mencionado anteriormente.

## Disponibilidad de insumos

Si bien en los últimos años se registró un fortalecimiento del sistema de logística de medicamentos<sup>115</sup>, continúa el problema de su disponibilidad continua y oportuna. Además de las dificultades que existen en relación a la excesiva burocracia, los problemas de gestión y coordinación del sector, también existe una brecha muy grande en cuanto a disponibilidad de transporte y depósitos adecuados. Si bien todas las regiones sanitarias tienen un depósito de medicamentos, no todas tienen la capacidad de almacenamiento requerido<sup>116</sup> y continúan los problemas en términos de distribución a las localidades por problemas de caminos.

## ACCESO A SERVICIOS QUE BRINDEN CALIDAD DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y PERINATAL: NUDO CRÍTICO PARA COMBATIR LAS MUERTES INFANTILES

### Disponibilidad de recursos humanos y su situación

La situación de los recursos humanos en salud se caracteriza por una inadecuada distribución y disponibilidad de profesionales. Existe una concentración de más del 50% de los y las profesionales de salud en Asunción y el departamento Central<sup>117</sup>.

La concentración de profesionales en la capital y el departamento Central refleja la ausencia de una política de recursos humanos en salud que planifique y ordene esta población, y que revierta al mismo tiempo la precariedad laboral en la que se encuentran.

Para el año 2009, la tasa de médicos era de 5,4 por cada 10.000 habitantes; la de enfermeras/os, de 3,3; y la de parteras, de 0,45. Sumadas, dan una tasa de profesionales de la salud de 9,15 por cada 10.000 habitantes<sup>118</sup>. Considerando como ideal la meta regional de 25 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes, se está aún lejos de lograrla<sup>119</sup>. Existe además una gran brecha en cuanto a disponibilidad de pediatras, y más aún de especialistas en recién nacidos.

Hay una falta de disponibilidad de médicos estables en los hospitales. Innumerables profesionales de la salud cumplen jornadas laborales de corta duración en horas y en varios hospitales en una misma semana e incluso en un mismo día, lo que se denomina “médicos taxi”. Igualmente, las relaciones y el flujo de

<sup>115</sup> MSPBS, Usaid, Programa Umbral: *Lista de medicamentos esenciales*. Aprobada por resolución SG Nº 1050, 2009.

<sup>116</sup> En los últimos años se terminaron de construir 7 de 18 parques (38%) con las condiciones de tamaño que se requieren. Se están construyendo 9 parques más, con lo que se llegaría a 89% (MSPBS: Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión. Asunción, 2011).

<sup>117</sup> Guillén, Cristina: *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y la equidad*. MSPBS. Asunción, 2011.

<sup>118</sup> MSPBS/OPS: *Perfil de salud de la niñez de Paraguay*. Paraguay, 2011. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística. Asunción, 2009. Disponible en: <http://www.paho.org/par>.

<sup>119</sup> OPS: *Manual de medición y monitoreo. Indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud. Un compromiso compartido*. OPS. Washington, 2011.

Si las condiciones de inequidad social tan abismales continúan, la extinción de etnias y culturas es inexorable, considerando las altísimas tasas de mortalidad infantil que presentan.



información y comunicación que debe darse entre los servicios de salud de distinta complejidad son insuficientes, no son bidireccionales y se carece de un sistema de seguimiento y análisis de los casos. Esto afecta directamente a la calidad de atención en los servicios de salud.

Además, las condiciones de trabajo de los recursos humanos en salud son precarias<sup>120</sup>, existe una partidización de los cargos públicos y clientelismo político<sup>121</sup>. En este sentido, el concepto de lo público y las nociones sobre la corrupción no están incorporados a las prácticas. En parte del personal de salud persisten hábitos como el incumplimiento de horarios, el ausentismo, las salidas en horas de trabajo para realizar prácticas privadas o trámites administrativos.

El modelo de formación de profesionales de salud existente está fuertemente orientado a la formación de especialistas, lo que no responde precisamente a las necesidades del país. El trabajo del personal de salud se centra en la enfermedad y la oferta está altamente concentrada en los hospitales; hay ausencia de investigación médica y débil regulación y control del ejercicio de las profesiones<sup>122</sup>.

## Instalaciones

A pesar de contar con un número considerable y progresivo de establecimientos de salud<sup>123</sup>, es muy grande la brecha histórica en inversión en equipos, en recursos humanos calificados, en logística, en calidad y análisis de la información, en monitoreo y evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud.

En el año 2006, menos de la mitad de los hospitales contaba con infraestructura e instrumental mínimo necesarios para una atención neonatal básica y para realizar cesáreas, y la oferta de recursos humanos calificados estaba por debajo de los niveles considerados mínimos<sup>124</sup>. Para el año 2011, el 84% de los establecimientos estaba en condiciones de realizar cesáreas. Sin embargo, sólo el 3,2% de los establecimientos contaba con unidades de cuidados intensivos para adultos y el 9,7% contaba con unidades de cuidados intensivos neonatales; la capacidad de realizar estudios de laboratorio y rayos estaba presente sólo en el 70% de ellos, y menos de la mitad contaba con ultrasonido, fundamental para un buen control prenatal. Igualmente, 4 de cada 10 hospitales no contaba con

<sup>120</sup> El 44% de los y las profesionales está contratado (Sánchez, Antonio: *Cómo y por cuánto reformar el mercado de trabajo de los recursos humanos en salud en el Paraguay*. MSPBS, Instituto Nacional de Salud [tesis presentada como requisito parcial para optar al grado de Maestría en Salud Pública].

<sup>121</sup> Guttandin, Friedhelm y Penner, Hedy: *Administración y cultura en el Paraguay. Desde la perspectiva de funcionarios de alto rango*. GTZ. Asunción, 2005.

<sup>122</sup> Gaete, Rubén y Rodríguez, Carlos: "Documento del Paraguay" (San Salvador: taller de planes de recursos humanos para la atención primaria de salud y sus relaciones con finanzas, trabajo y educación). Disponible en: [http://www.sfp.gov.py/pdfs/TALLER\\_RRHH\\_PARA\\_SALUD.pdf](http://www.sfp.gov.py/pdfs/TALLER_RRHH_PARA_SALUD.pdf).

<sup>123</sup> En 2004, el MSPBS contaba con 915 establecimientos de salud de distinta complejidad. En el año 2009, se registran 1028 establecimientos de salud (OPS/OMS, MSPBS: *Indicadores básicos de salud 2004 y 2010*).

<sup>124</sup> Sólo el 11,7% de los hospitales brindaba cuidados obstétricos y neonatales esenciales completos, y estaban en regiones aledañas a la capital del país; el 65% de los hospitales proveía un nivel Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) incompleto o no aplicaba función CONE (Portillo, M.; Jiménez, C.: *Monitoreo sobre disponibilidad y utilización de servicios con CONE en los establecimientos de salud del Paraguay*. MSPBS. Asunción, 2006).

equipo seguro para almacenamiento de bolsas de sangre<sup>125</sup>.

Si bien se han realizado avances progresivos para fortalecer todas las instancias de la Red Integrada de Servicios de Salud, su desarrollo es incipiente, los establecimientos aún no funcionan en red y todavía persisten antiguos problemas de disponibilidad de recursos humanos calificados y de logística. No todos los municipios cuentan con ambulancias y el sistema de transporte y derivación del MSPBS tiene muchos inconvenientes. Entre estas dificultades se reconoce el número insuficiente de móviles, el personal de salud heterogéneo en cuanto a su calificación para el traslado y la emergencia, un sistema de comunicación precario –sobre todo en la zona del Chaco, donde no siempre hay señal telefónica–, las debilidades en la contrarreferencia y la baja cobertura de un sistema regulatorio de información.

Este escenario explica la tercera demora que se describe al analizar las causas de muerte materna y la de niños y niñas en los propios servicios de salud<sup>126</sup>. El retraso en la instauración de los cuidados necesarios o la deficiente atención en los servicios de salud tienen que ver con la calificación técnica del cuerpo de profesionales y con la disponibilidad de insumos, equipos y posibilidades de derivación en caso de necesidad.

Por otro lado, hay que considerar la crisis de cuidados que existe en el ámbito familiar y la capacidad de respuesta del sector salud a esta problemática. Como ya se ha mencionado, tradicionalmente la sociedad ha asignado a las mujeres la responsabilidad de cuidar a las per-

sonas consideradas como dependientes, respondiendo a los mandatos de género de una cultura patriarcal. Sin embargo, las mujeres paraguayas han comenzado a sumarse masivamente al mercado laboral<sup>127</sup>, lo cual indica que quienes históricamente se han ocupado de la atención de niños y niñas, tienen ahora menos tiempo para cuidar. En este sentido, la participación del Estado en **la provisión de recursos públicos de cuidados (guarderías, por ejemplo) es bastante limitada, cuando no mínima**<sup>128</sup>.

El incremento de la participación laboral femenina, la posible reducción de los recursos familiares para el cuidado, el déficit de servicios públicos y la falta de corresponsabilidad masculina son factores que podrían estar incidiendo en el estado de salud de niños y niñas, considerando la relevancia que tienen los cuidados para el bienestar durante las etapas más tempranas de la vida. El elevado impacto que tienen los **accidentes** en el hogar en las tasas de morbilidad y mortalidad, sobre todo a partir del primer año de vida, dentro de este grupo edades podría constituir un indicador que revele la asociación entre la crisis del cuidado y el aumento de la vulnerabilidad en el ámbito de la salud.

### ACCESO DE LAS MUJERES, LAS FAMILIAS, LOS NIÑOS Y NIÑAS A LA INFORMACIÓN

Partiendo de la base fundamental para una nutrición adecuada, cual es la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, hay que considerar que para lograrla, al igual que una ablactación exitosa<sup>129</sup>, las familias necesitan apoyo, orientación e información. Se-

<sup>125</sup> Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios de Salud, Usaid, CIR: *Diagnóstico situacional de los establecimientos de salud. Análisis descriptivo a nivel nacional y regional*. Asunción, 2011.

<sup>126</sup> Se ha visto que las tres cuartas partes de las muertes de recién nacidos/as ocurre en la primera semana de vida, en su mayoría ya estando internados/as (MSPBS, Departamento de Bioestadística, 2008 – 2009).

<sup>127</sup> En las últimas tres décadas, en Paraguay se ha triplicado el volumen de participación de las mujeres en el mercado de trabajo, presentando uno de los índices de inserción laboral femenina más elevados de Latinoamérica (Campos, Celsy: *Explorando la participación de las mujeres en la economía paraguaya*. Asunción: Banco Mundial, 2010, texto inédito).

<sup>128</sup> Echaúri, Carmen; Serafini, Verónica: *Igualdad entre hombres y mujeres en Paraguay: la necesaria conciliación entre familia y trabajo*. OIT, Ministerio de Justicia y Trabajo y Secretaría de la Mujer. Santiago, 2011.

<sup>129</sup> La ablactación es el término que se usa para describir el inicio de alimentos que sean diferentes a la leche materna. Empezar la ablactación a los seis meses disminuye el riesgo de obesidad y alergias en el futuro. El concepto básico de la ablactación es que la nutrición pase a ser gradualmente una nutrición basada en alimentos sólidos al año de edad, de modo que para entonces la leche materna sólo sea un complemento.

gún datos de la “Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2008”, los motivos de interrupción de la lactancia materna exclusiva **antes del mes de vida** son en su mayoría por falta de información.

Igualmente, la introducción de alimentación complementaria al amamantamiento a partir de los seis meses es clave para mantener el aporte nutricional adecuado y sostener el ritmo rápido de crecimiento y desarrollo. Esto implica que la familia conozca, acceda y prepare alimentos variados y con micronutrientes. La insuficiente información favorece condiciones precarias e inadecuadas de alimentación, de exigencia de servicios sanitarios y de contención social.

Por otro lado, la falta de información por parte de las madres y familias impide el reconocimiento oportuno y precoz de signos de alarma ante enfermedades que potencialmente pueden ser graves y causar la muerte, que es lo que ocurre al describir la segunda demora involucrada en las muertes maternas.

#### **ACCESO DE LA POBLACIÓN INFANTIL A UN MEDIO AMBIENTE SANO QUE LE PERMITA TENER Y PRESERVAR SU SALUD, CRECER Y DESARROLLARSE**

La población rural campesina e indígena vive en territorios donde existe un marcado deterioro del medio ambiente y está expuesta, en sus propios hogares, a **agroquímicos** que son diseminados tanto por vía terrestre como aérea. La deforestación es vertiginosa y una gran superficie de bosques ha sido reemplazada por soja transgénica. Cada año se está utilizando en el territorio paraguayo más de dos millones de litros de plaguicidas<sup>130</sup>.

Existen crecientes registros de las consecuencias que esto trae a la salud de la población:

muertes por intoxicaciones agudas, enfermedades crónicas, afecciones respiratorias y digestivas, abortos espontáneos, **nacimientos con malformaciones**, mayor riesgo de cáncer<sup>131</sup>.

Además, hay que considerar el comportamiento de por sí cíclico de inundaciones y sequías en el Chaco paraguayo, que se ve agravado por la constante deforestación y el cambio climático global. Durante las largas temporadas de sequía, el agua se convierte en un bien muchas veces inaccesible. Luego, durante las inundaciones provocadas por intensas lluvias, las comunidades quedan aisladas. En ambos casos, el bienestar de niños y niñas indígenas corre riesgo debido a la escasez de agua y alimentos, el no acceso a servicios de salud, el aumento de las enfermedades respiratorias y la exposición a plagas.

Otras causas comunes de enfermedad como factores subyacentes a la muerte infantil en muchas comunidades son la falta de acceso a agua potable, electricidad, desagüe cloacal y viviendas dignas, como ya se ha expuesto.

#### **d. DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZO PARA COMBATIR LA MORBIMORTALIDAD MATERNA Y DE LA PRIMERA INFANCIA**

En base a la problemática identificada y a las causas que la provocan, a continuación se cita una serie de desafíos seguidos por un conjunto de recomendaciones para el corto y el mediano plazo, que servirán de orientación para la acción del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil, del ámbito académico y de las empresas del sector de la salud, farmacéutica, entre otros.

Al final del presente documento se identifican los desafíos y recomendaciones correspondientes a los cambios estructurales que deben ha-

<sup>130</sup> Benítez, Víctor: *Situación socioambiental del Paraguay*. Altervida. Asunción, 2011.

<sup>131</sup> Javiera Rulli (coordinadora): *Repúblicas unidas de la soja. Realidades sobre la producción de soja en América del Sur*. Base IS. Asunción, 2008, págs. 15 y 16. Los pesticidas pueden alterar el material genético y producir alto riesgo de padecer cáncer. La investigación de referencia aporta evidencias de daño genético en niños y niñas expuestos a pesticidas en Paraguay. Benítez Leite, S.; Macchi, ML. y colaboradores: *Daño celular en una población infantil potencialmente expuesta a pesticidas*. *Pediatr.* Vol. 37, nº 2. Asunción, 2010.

cerse para erradicar la morbilidad y la mortalidad por causas evitables en niños, niñas y embarazadas.

## **LOS PRIMEROS Y MÁS URGENTES PASOS PARA SEGUIR AVANZANDO**

### **1. Mejorar el acceso y la calidad de atención obstétrica y perinatal**

- Continuar con la implementación de la estrategia de atención primaria de salud.
- Incorporar estrategias para maternidad segura.
- Atender con especial interés el embarazo adolescente.
- Fortalecer la referencia y contrarreferencia. Algunas de las medidas recomendadas son: aumentar el número de ambulancias en los sitios con mayor prevalencia de casos de mortalidad; mejorar la integración y articulación de los servicios de la Red Integrada de Servicios de Salud; mejorar el sistema de comunicación con radio y centros reguladores regionales y nacionales.
- Garantizar ininterrumpidamente, en todas las instancias de la red, los insumos, equipos y medicamentos necesarios para una atención oportuna y de calidad.
- Fortalecer las actividades de promoción y prevención de la salud realizadas por los agentes comunitarios.

### **2. Continuar disminuyendo la morbimortalidad infantil y en menores de 5 años**

- Establecer de manera urgente una campaña de comunicación que posibilite a las mujeres y las familias reconocer los signos de alarma ante problemas del embarazo y enfermedades que pueden llegar a ser graves en los niños y niñas.
- Avanzar en la implementación de un sistema de información de salud, específicamente la vigilancia de la mortalidad materna y neonatal.

- Profundizar el debate sobre las modalidades de cuidado infantil (guarderías, centro de cuidado, centros abiertos) entre las instituciones integrantes de la mesa de primera infancia y proveer los recursos necesarios para garantizar el cuidado de los niños y niñas durante su primera infancia.
- Avanzar en la implementación de la Ley de Garantía Nutricional.
- Continuar con las estrategias que promuevan una atención integral a la salud de la infancia.

### **3. Avanzar en la descentralización y fortalecimiento de la gestión local**

- Fortalecer a los consejos regionales y locales de salud para que cumplan los roles para los que fueron creados, incluyendo la contraloría de la calidad de los servicios.
- Mejorar la calidad de la descentralización, trabajar en la reglamentación de las instancias locales.
- Promover la urgente implementación a nivel local del Plan nacional de desarrollo integral de la primera infancia.
- Continuar y fortalecer las rendiciones de cuenta a nivel nacional, regional y local.

### **4. Promoción de la autonomía**

- Realizar campañas de comunicación que incluyan el empoderamiento de las mujeres y la promoción de la corresponsabilidad masculina en el cuidado de los niños y niñas.
- Promover que la ciudadanía exija la calidad de atención. Para ello, articular e impulsar acciones entre las Consejerías Municipales por los Derechos del Niño/a y Adolescente y los Consejos de Salud (regionales y locales).

### **5. Acceso de la población infantil y sus familias al agua potable y saneamiento**

- Articulación urgente entre los sectores involucrados para la provisión universal de agua potable a población materna e infantil.

## **6. Mayor y mejor inversión en salud**

- Elaborar presupuestos basados en las necesidades de los servicios de salud.
- Aumentar la inversión en salud, en particular en las zonas y regiones que tienen mayor morbimortalidad infantil y materna.
- Garantizar presupuestos departamentales y municipales suficientes y con un control adecuado, para que sean destinados de manera eficiente. Para ello es necesaria la adecuación de su plan de cuentas al clasificador presupuestario del Ministerio de Hacienda.

## **A MEDIANO PLAZO**

### **1. Reforma y reglamentación de leyes que abordan el cuidado infantil**

- Impulsar una ley integral que garantice la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna; que regule y controle la comercialización de los sucedáneos de la leche materna; que contemple centros de cuidado (guardería, centros abiertos, entre otros); salas de lactancia en el sector público y privado; y que amplíe la normativa de protección a la madre y al niño, lo cual implica poner a reconsideración el Código Laboral.

## **2. Incremento de los conocimientos cuantitativos y cualitativos**

- Impulsar el desarrollo de la investigación científica en todos los hospitales a través de reuniones clínicas, perinatológicas, de alta y mortalidad; reuniones científicas, publicaciones.
- Diseñar estudios de investigación que aborden el tema de exposición a agrotóxicos y sus efectos inmediatos y mediatos sobre la población materno-infantil.
- Fortalecer el sistema de registro, análisis e investigación sobre las afecciones y circunstancias que provocan la morbimortalidad materna y neonatal.

## ESCOLARES (5 A 9 AÑOS)



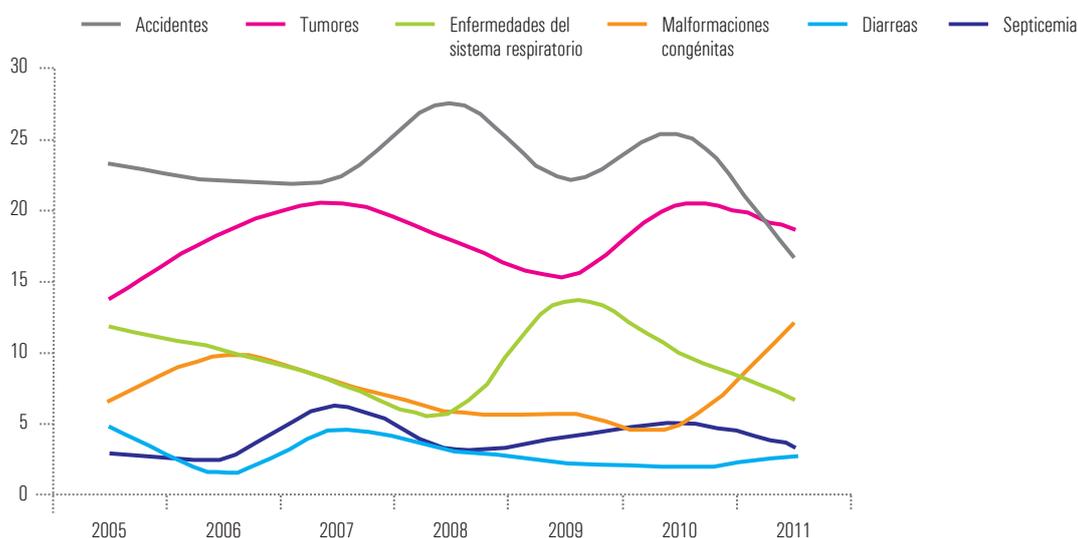
### a. MORTALIDAD EN ESCOLARES: LA VIOLENCIA DE LOS ACCIDENTES COMO PRIMERA CAUSA DE MUERTE

En la etapa escolar, también la primera causa de muerte a partir del año de vida se relaciona con

las lesiones de causa externa, principalmente los accidentes. Como segunda causa de muerte se registra a los tumores (gráfico 14).

Al igual que en el resto de América Latina, se registra un cambio de patrón de causas de muerte, que es de esperar que continúe en la medida que se controlen y prevengan las enfermedades infecciosas, el avance del deterioro medioambiental, no se tomen medidas drásticas con respecto a la violencia y a los accidentes y continúen las pautas culturales inequitativas.

**GRÁFICO 14: EVOLUCIÓN DE MORTALIDAD REGISTRADA DE LA POBLACIÓN ENTRE 5 Y 9 AÑOS POR EDAD SEGÚN PRINCIPALES CAUSAS (%)**



Fuente: elaboración propia con base en MPSBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Departamento de Información Bioestadística.

### b. MORBILIDAD EN ESCOLARES

#### OBESIDAD

La obesidad<sup>132</sup> es una condición multifactorial, pues depende tanto de factores genéticos como ambientales (incluyendo el ambiente intrauterino, los hábitos alimentarios posteriores, el acceso a alimentos nutritivos, la actividad física o el

sedentarismo, entre otros). La obesidad provoca en los niños, niñas y adolescentes alteraciones hasta ahora más propias de la edad adulta y que constituyen el síndrome metabólico<sup>133</sup>, que se ha definido en adultos como la agrupación de alteraciones (hipertensión, dislipidemia, intolerancia a la glucosa, entre otras) asociadas a mayor riesgo de enfermedad arterioesclerótica cardiovascular.

<sup>132</sup> La obesidad se define como un aumento de la cantidad de grasa relativa a la talla o longitud corporal. Sobrepeso: índice de masa corporal (IMC) mayor del percentil 75 y menor del percentil 95. Obesidad: más del percentil 95 de IMC. El IMC se calcula como el peso en kilogramos sobre la talla en metros elevada al cuadrado (MSPBS: *Integración del manejo adolescente y sus necesidades. Cuadro de procedimientos*. Asunción, 2011).

<sup>133</sup> Giovannucci, Edward: *Metabolic syndrome, hyperinsulinemia, and colon cancer: a review*. *Am. J. Clin. Nutr.* September, 2007, 86: 836S-842S.

Uno de cada cuatro escolares y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad en nuestro país.

A falta de una adecuada higiene, consulta oportuna, acceso a servicios de salud y a tratamientos odontológicos adecuados, 6 de cada 10 escolares han perdido sus primeros molares permanentes.



Al igual que el resto de los países de la región<sup>134</sup>, Paraguay presenta un cambio progresivo en el perfil epidemiológico, con un aumento sostenido de desnutrición crónica coexistiendo con obesidad temprana. La delgadez al nacimiento y en la primera infancia, seguida de un incremento de peso rápido y obesidad, es una combinación altamente riesgosa para el desarrollo posterior de diabetes tipo 2 y enfermedades coronarias<sup>135</sup>.

La prevalencia de obesidad está incrementándose de manera alarmante con el paso de los años. En el año 2011, el 17,8% de los escolares y adolescentes asistentes a escuelas públicas presentaba sobrepeso y el 7,1% presentaba obesidad.

## SALUD BUCAL

El índice de caries<sup>136</sup> en niños y niñas de 6 años y de 12 años es de 2,9 y de 5,6, respectivamente, y está entre los más altos de la región.

El 96% de los niños y niñas que acude a los servicios de salud presenta caries en la dentición temporaria, y el 76%, en la dentición permanente<sup>137</sup>.

En casi la mitad de niños y niñas examinados se requiere algún tratamiento de urgencia por presentar cavidades, dolor o focos infecciosos<sup>138</sup>.

## ADOLESCENCIA (10 A 19 AÑOS)

### a. MOTOS, TRÁNSITO INSEGURO, CONDUCTAS DE RIESGO: PRIMERA CAUSA DE MUERTE DE ADOLESCENTES

La tasa de mortalidad de adolescentes era de 53,6 por cada 100.000 en 2011<sup>139</sup>, siendo las causas predominantes los accidentes, homicidios<sup>140</sup> y suicidios. Estas tres causas juntas se registran como muertes "por causas externas". Es de destacar la importancia de poder contar con datos desglosados acerca de las lesiones de causa externa, que son difícilmente disponibles por las características ya comentadas de la CIE 10.

<sup>134</sup> O'Donnell, A., Carmuega, E.: *La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños*. Boletín Cesni, marzo, 1998.

<sup>135</sup> Montero, J., Castillo, C.: "Obesidad en adultos. Situación epidemiológica y tendencias en la región", en: Uauy, R., Carmuega, E., Barker, D.: *Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población*. 1ª edición. Instituto Danone del Cono Sur. Buenos Aires, 2009.

<sup>136</sup> El índice de caries ceod para niños y niñas menores con dentición temporaria y el índice de caries copd para niños y niñas a partir de los 12 años. Se considera que un índice de entre 4,5 a 6,5 es alto (OPS/OMS).

<sup>137</sup> MSPBS: *Encuesta nacional sobre salud bucal en Paraguay*. MSPBS, Asunción [texto no publicado].

<sup>138</sup> *Ibidem*.

<sup>139</sup> MSPBS, Departamento de Bioestadística, 2013.

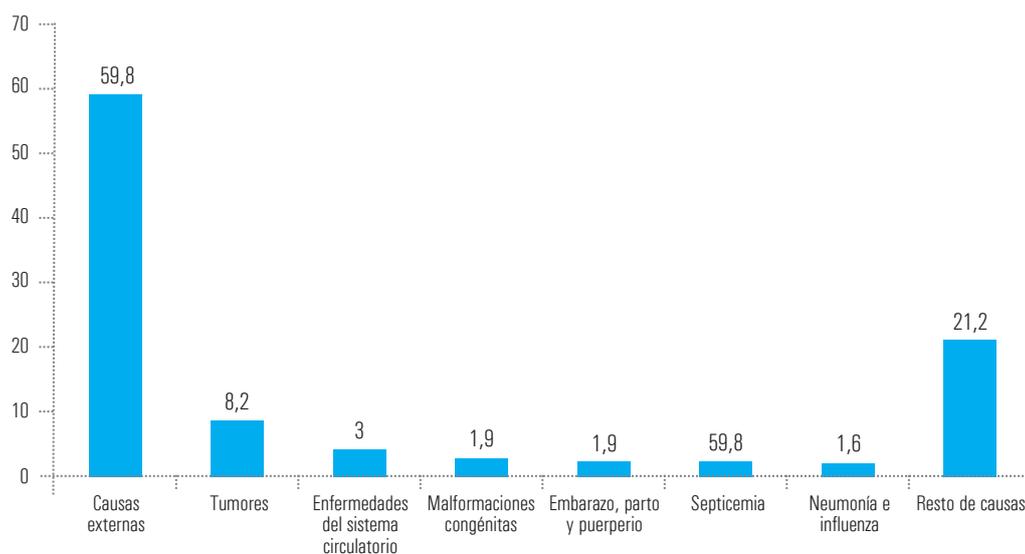
<sup>140</sup> Paraguay se ubica en el lugar número 12 de los homicidios totales a nivel mundial y en la posición 10 en cuanto a homicidios en jóvenes (MEC, Viceministerio de la Juventud, Organización Iberoamericana de Juventud: *Realidades y desafíos de la juventud paraguaya. Una mirada desde la situación sociodemográfica y la orientación de políticas públicas*. Asunción, 2009).

En el año 2011 se registró la muerte por suicidio de 13 adolescentes de entre 10 a 14 años y de 71 adolescentes de entre 15 a 19 años<sup>141</sup>.

*De cada 10 adolescentes de entre 10 y 14 años que fallecen, 4 lo hacen por causas externas, y de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años que fallecen, 6 mueren por estas causas.*

Según el Departamento de Bioestadística del MSPBS<sup>142</sup>:

**GRÁFICO 15: MORTALIDAD REGISTRADA EN POBLACIÓN ADOLESCENTE (10 A 19 AÑOS) POR CAPÍTULO DE LA CIE-10. 2011 (%)**



Fuente: MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Departamento de Información Bioestadística.

La mayoría de las muertes de adolescentes ocurre por accidentes de tránsito. Es necesario señalar en este punto que existen causas críticas de la falta de seguridad vial. Entre las más importantes puede citarse las siguientes: débil valoración gubernamental y social del problema de la accidentalidad vial; debilidad institucional y el trabajo no coordinado de las entidades responsables de la seguridad vial; información dispersa, limitada y con subregistro de accidentes, vehículos y conductores; deficiente, limitado y descoordinado control y vigilancia del tránsito vehicular; limitada capacidad del sector salud para atender el número elevado de víctimas; limitaciones de infraestructura de carretera y de la vialidad urbana para la seguridad vial; limitaciones de educación en seguridad vial de usuarios, conductores y auto-

ridades; obsolescencia y dispersión de normatividad de tránsito y de transporte relativa a la seguridad vial; antigüedad de los vehículos y el limitado control de su estado; escasez y limitación de fuentes de recursos financieros para la seguridad vial; limitada utilización de tecnologías modernas y la escasa investigación aplicada a la seguridad vial; poca participación de la sociedad civil en la solución de la problemática de la inseguridad vial; y escaso y deficiente seguimiento y control de la problemática<sup>143</sup>.

Además, entre las principales causas de tantos accidentes hay que considerar al sistema de transporte público tercerizado a empresas privadas, que tiene severos problemas y no da respuesta a las necesidades de la población. Ante ello, cada vez más se recurre a las

<sup>141</sup> MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Dirección de Bioestadística.

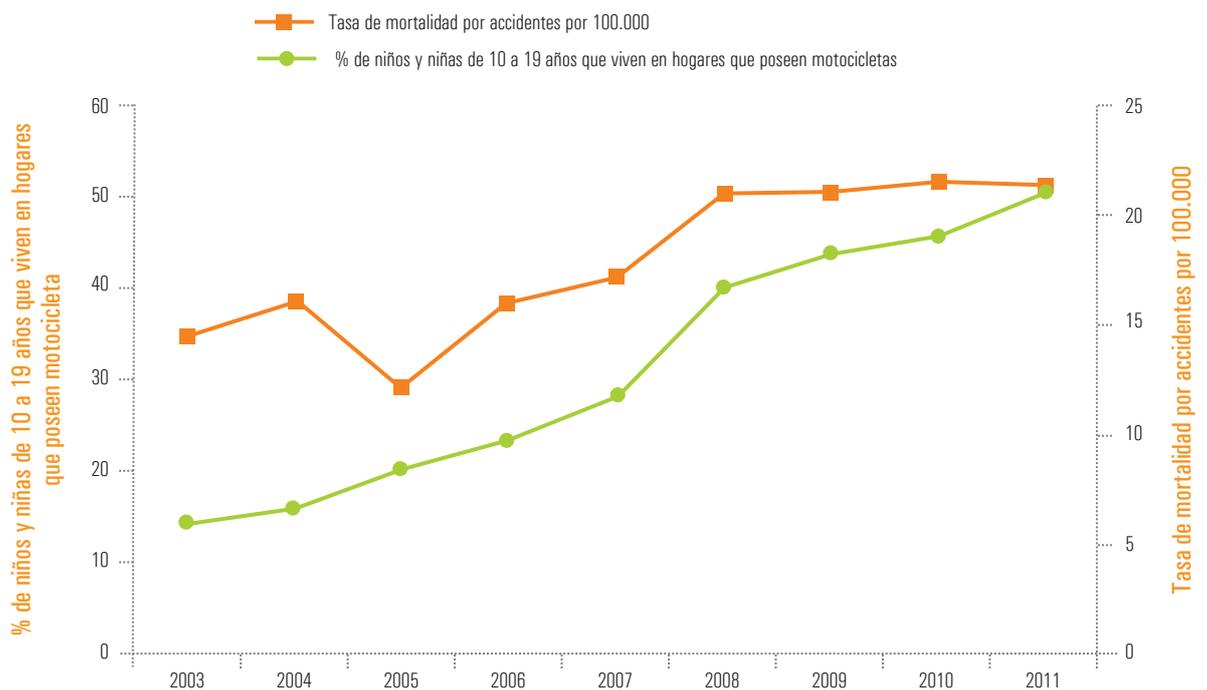
<sup>142</sup> MSPBS, Departamento de Bioestadística, 2009.

<sup>143</sup> MOPC: *Plan nacional de seguridad vial*. Asunción, 2008. Disponible en: [http://www.mopc.gov.py/mopcweb/pdf/pnsv\\_2008\\_2013.pdf](http://www.mopc.gov.py/mopcweb/pdf/pnsv_2008_2013.pdf).

motos particulares, por ser el medio de transporte más accesible desde el punto de vista económico. Al aumento del número de motos se deben sumar las condiciones del tránsito vehicular, inseguras, con muy poco control y escaso respeto a las normas de tránsito, muchas

veces desconocidas por los propios conductores. En el siguiente gráfico puede apreciarse la relación entre el aumento progresivo de hogares que tienen motos y la tasa creciente de mortalidad por accidentes en adolescentes.

**GRÁFICO 16: POBLACIÓN DE 10 A 19 AÑOS SEGÚN PORCENTAJE DE TENENCIA DE MOTOCICLETAS EN SUS HOGARES Y TASA DE MORTALIDAD POR ACCIDENTES, 2003-2011**



Fuente: elaboración propia con base en DGEEC, Encuesta permanente de hogares, y MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.

En este sentido, otro factor a considerar, en directa relación con lo anterior, es el cultural o de la falta de información y educación a la ciudadanía con respecto a este tema. Según la "Encuesta nacional de factores de riesgo"<sup>144</sup>:

*De cada 10 personas que conducen o viajan en moto, sólo 2 siempre usan casco, 2 lo usan a veces y 5 no lo utilizan nunca.*

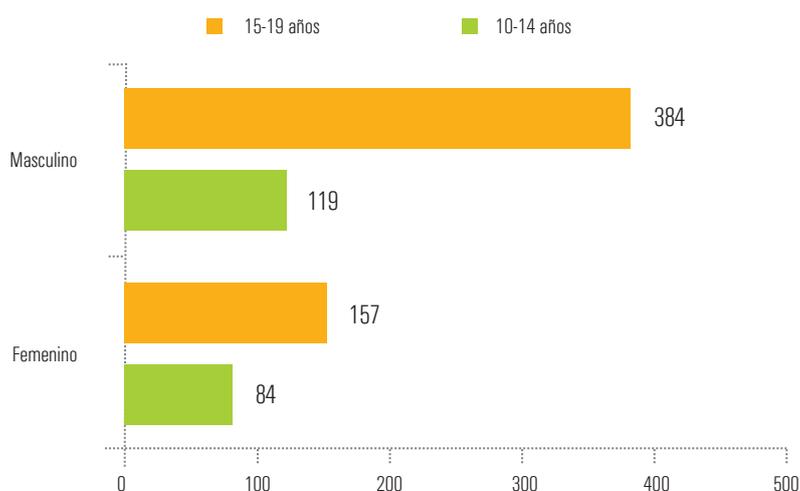
Estos datos deben ser relacionados con las conductas que tienen los adolescentes varones,

pues son ellos quienes más mueren por lesiones de causas externas.

La tasa de mortalidad por causas externas de varones de entre 10 y 19 años es de 49,1 por cada 100.000 habitantes, mientras que el mismo indicador para las mujeres de esa edad es de 13,5<sup>145</sup>, como puede apreciarse en el siguiente gráfico.

<sup>144</sup> MSPBS: *Primera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*. Asunción, 2011.  
<sup>145</sup> MSPBS, Departamento de Bioestadística, 2009.

GRÁFICO 17: MORTALIDAD REGISTRADA EN ADOLESCENTES SEGÚN SEXO, 2011



Fuente: MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Departamento de Información Bioestadística.

Esta desproporción indica la incidencia que tienen los roles de género determinados por la cultura. En este sentido, los hombres serían más propensos a adoptar conductas de riesgo, cumpliendo con ciertas expectativas sociales asociadas al deber ser masculino<sup>146</sup>.

Estas causales de mortalidad, que no sólo denotan notables diferencias según grupos de edades y sexo, y cuya desagregación por áreas de residencia, condición socioeconómica y etnia con seguridad revelarían aún mayores disparidades, constituyen un serio toque de alerta para el sistema de salud y de protección, porque reflejan, sin duda, un patrón de vida de los y las adolescentes, niños y niñas cada vez más expuesto a las agresiones del entorno social y cultural.

## b. MORBILIDAD EN ADOLESCENTES

### SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE: LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS NOCIVAS

De acuerdo a datos de nivel nacional de 2011 suministrados por la Dirección de Salud Men-

tal del MSPBS, del total de personas que acudieron a consultas referentes a la salud mental, el 23% correspondió a adolescentes y jóvenes.

Los trastornos más frecuentes registrados fueron: abuso de sustancias, depresión, intentos de suicidio, trastornos ansiosos y de conducta, trastornos del desarrollo de la personalidad y de la identidad.

Con respecto al **consumo de alcohol y otras drogas**, a pesar de ser un tema trascendental en la problemática actual de la adolescencia, y a pesar de que es de público conocimiento que el consumo de crack y otras drogas está en un alarmante aumento en esta población, son muy escasos los datos con los que se cuenta al respecto.

En Paraguay, el 18% de los adolescentes consume algún tipo de droga, siendo el alcohol la droga más común y hasta socialmente aceptada<sup>147</sup>. La tasa de consumo de alcohol o prevalencia del último mes entre adolescentes de 14 a 17 años fue del 40,1% y el uso precoz, medido en menores de 14 años, fue del 25,2%<sup>148</sup>.

<sup>146</sup> Aguirre, Rodrigo y Güell, Pedro: *Hacerse hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina*. OPS/OMS. Washington, 2002.

<sup>147</sup> MSPBS: *Plan nacional de promoción de la calidad de vida y salud con equidad de la adolescencia 2010-2015*. Asunción, 2010.

<sup>148</sup> MSPBS, SNNA, MI y MOPC: *Política nacional de prevención del consumo nocivo de bebidas alcohólicas*. Asunción, 2011.

Uno de cada cuatro adolescentes menores de 14 años ya consume bebidas alcohólicas. Se está constatando que la edad de inicio al consumo en niños en situación de calle es de 8 años, y la sustancia es el crack.



El consumo de bebidas alcohólicas está asociado con comportamientos de alto riesgo, como sexo no seguro y uso de otras sustancias psicoactivas. Además, conlleva un alto grado de comorbilidad con otros trastornos por uso de sustancias, como dependencia de la nicotina y enfermedades de transmisión sexual. Numerosos estudios sugieren una asociación entre consumo de alcohol y VIH/sida<sup>149</sup>.

Por otro lado, en el año 2011, 769 niños, niñas y adolescentes han acudido a consultar al Centro Nacional de Control de Adicciones, 10 de los cuales eran menores de 10 años. Ese mismo año y en el mismo centro, han sido internados en las Unidades de Desintoxicación Programada Infantojuvenil 1471 niños, niñas y adolescentes, 30 de los cuales eran menores de 10 años<sup>150</sup>.

El 56% de las internaciones corresponde a niños en situación de calle, mientras que 44% son niños con familia. La edad de iniciación es de 8 años para niños y niñas en situación de calle, mientras los que tienen familia se inician en el consumo de drogas a partir de los 13 y 14 años<sup>151</sup>.

**El crack es la droga predilecta, con preferencia del 76,4%.** Esto es debido al bajo costo,

facilidad de acceso y por ser altamente adictiva, llegando incluso a reemplazar a la cola de zapatero<sup>152</sup>.

Si bien los pacientes ingresados a la unidad son tratados por periodo de 30 días, lográndose una desintoxicación, en muchos casos reinciden en el consumo de las drogas, especialmente niños en situación de calle, donde la reincidencia es de hasta 94%<sup>153</sup>. La alta reincidencia, por lo demás, revela la complejidad de esta problemática y la sociopatía que subyace como causa.

Por otro lado, la niñez y la adolescencia en sectores económicos más privilegiados se encuentran expuestas a problemas de salud mental, como consumo de alcohol y drogas, y a trastornos alimentarios, como la anorexia, la bulimia, la vigorexia, en relación sobre todo a la asimilación de modelos estéticos globalizados. Otro riesgo es la incorporación de hábitos de vida sedentarios, que es resultado de la permanencia de más horas frente a la televisión, el uso de plataformas de videojuegos y el aumento de la percepción de la inseguridad en la vía pública, entre otros factores.

<sup>149</sup> *Ibidem*.

<sup>150</sup> Información facilitada por la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia, MSPBS, 2013.

<sup>151</sup> Datos brindados por la Dra. Carmen Sánchez de la Unidad de Desintoxicación del Programa Infanto-juvenil al Departamento de Prensa de Red Guarani. Disponible en: <http://www.redguarani.com.py/noticias-vermas.php?id=4676>.

<sup>152</sup> *Ibidem*.

<sup>153</sup> *Ibidem*.

## SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS CONSECUENCIAS; EL AUMENTO ALARMANTE DE VIH EN ADOLESCENTES MUJERES

### Actividad sexual en adolescentes: inicio y frecuencia

Según datos de la “Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva” del año 2008, de cada 100 mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años encuestadas, el 41,7% reportó haber tenido relaciones sexuales. De las adolescentes sexualmente activas, el 43% tuvo relaciones sexuales antes de los 16 años<sup>154</sup>.

En las adolescentes, la primera experiencia sexual se inicia cada vez más temprano.

Según estudios realizados en la región, el 58% de las primeras relaciones sexuales en adoles-

centes ocurre porque sí, sin que se haya planificado. El 28% lo hace de manera voluntaria; el 12%, de manera forzada; y el 2% de la población adolescente es engañada<sup>155</sup>.

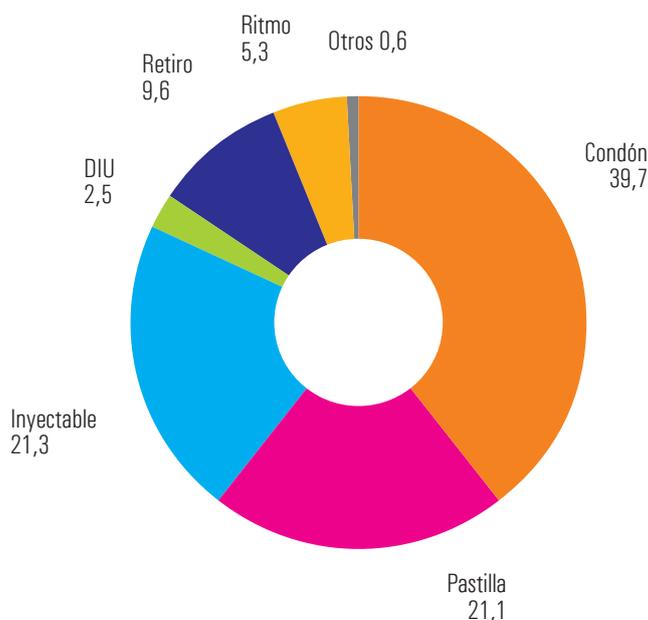
Este inicio precoz de la actividad sexual se presenta con proporciones diferenciales por área y región, presentándose cifras más altas de relaciones sexuales precoces en adolescentes del área rural<sup>156</sup>.

Con respecto a los adolescentes varones, se carece de dato alguno sobre este tema.

### Métodos anticonceptivos y protección contra las enfermedades de transmisión sexual

Se estima que el 83,4% de las mujeres de 15 a 19 años que mantuvo relaciones sexuales en los últimos tres meses utilizó algún método anticonceptivo en su última relación<sup>157</sup>.

**GRÁFICO 18: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES Y UTILIZARON ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO SEGÚN MÉTODO, PARAGUAY, 2008**



Fuente: elaboración propia con base en Cepep, Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008.

<sup>154</sup> Cepep: Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008. Asunción, 2009.

<sup>155</sup> Lopez, V.: Report of adolescent condom survey, Jamaica, 2001; Commercial market strategies, Jamaica. Unicef, 2001.

<sup>156</sup> Ibidem.

<sup>157</sup> Cepep: Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008. Asunción, 2009.

Es importante reflexionar acerca de las condiciones en las que ocurren los embarazos en adolescentes, preguntándose sobre la posibilidad de que muchos puedan estar ocurriendo como consecuencia de abusos sexuales.



En la indagación sobre el método utilizado en su última relación predomina el uso de métodos modernos como condón (39,7), inyectables (21,3) y pastillas (21,1).

Sin embargo, el 15% aún recurre a métodos tradicionales como el retiro (9,6%) y ritmo (5,3%).

Con respecto al uso de condón por parte de la población adolescente masculina, no se cuenta con datos, lo cual es preocupante.

### Embarazo en adolescentes

El número anual de nacidos vivos por cada 1000 mujeres de entre 15 a 19 años, es decir, la tasa específica de fecundidad (TEF) adolescente a nivel mundial, es de 49,7.

La TEF en Paraguay se redujo de 78 (periodo 1999-2002) a 63 (2005-2008). No obstante, sigue siendo mayor que el promedio mundial<sup>158</sup>. Además, si se considera la TEF adolescente en Paraguay por lugar de residencia, se pueden reconocer variaciones sustanciales debido a que en las adolescentes y jóvenes que residen en áreas rurales es casi el doble de las que residen en áreas urbanas<sup>159</sup>.

Según el Departamento de Bioestadística del MSPBS, del total de nacidos vivos registrados en el año 2009, el 23% correspondía a recién nacidos hijos de madres adolescentes. Del to-

tal de partos en adolescentes, el 11% correspondió a niñas de entre 10 a 14 años.

Un estudio observacional descriptivo de corte transversal realizado en el Departamento Central en el año 2008 informaba que el 23,5% de los embarazos registrados correspondía a adolescentes embarazadas. A su vez, el 20,6% de estos embarazos se presentaba en adolescentes menores de 16 años. El 34% presentaba control prenatal nulo o insuficiente. En cuanto a los productos de estos embarazos, se registraban mayores cifras de prematuridad y bajo peso que los promedios nacionales: 9,3% de los recién nacidos presentaba bajo peso y 10,6% era prematuro<sup>160</sup>.

Es importante reflexionar acerca de las condiciones en las que ocurren los embarazos en adolescentes, sobre todo en las de entre 10 a 14 años, preguntándose sobre la posibilidad de que muchos de estos embarazos puedan estar ocurriendo como consecuencia de abusos sexuales, que no siempre son consignados o denunciados como tales.

Por otro lado, es necesario considerar los **abortos en mujeres adolescentes**. Como el aborto está penalizado, no se tienen datos precisos. Es de suponer que en su mayoría ocurren clandestinamente y que sólo llegan a registrarse aquellos casos que acuden a los servicios de salud, en general, por complicaciones.

<sup>158</sup> Cepep: *Encuesta nacional de demografía y salud 1990; Encuesta nacional de demografía y salud reproductiva 1995-1996; Encuesta nacional de salud materno-infantil 1998; Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2004 y 2008*. Asunción.

<sup>159</sup> *Ibidem*.

<sup>160</sup> Epidemiología de los partos institucionales en adolescentes del departamento Central. Año 2008. Trabajo de investigación llevado a cabo por alumnos del post-grado de especialización en Salud Pública. Cátedra de Epidemiología Aplicada. Instituto Nacional de Salud, MSPBS, 2011.

Sin embargo, se cuenta con algunos datos que pueden dar una idea burda al respecto: la primera causa de muerte materna es por complicaciones posaborto. En el estudio recientemente mencionado, el 22% de las adolescentes embarazadas tenía antecedentes de abortos previos<sup>161</sup> y en el año 2010 se registraron 1061 casos de aborto en adolescentes que acudieron a la consulta externa<sup>162</sup>.

### VIH Y SIDA: UNA EPIDEMIA QUE ATACA A NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES Y JÓVENES<sup>163</sup>

Esta epidemia presenta tasas más elevadas en Asunción, Central y zonas limítrofes a Brasil y Argentina<sup>164</sup>. Sólo el 2% del total de casos registrados corresponde al Chaco<sup>165</sup>.

No obstante, esta información debe ser tomada con precaución, pues se carece de datos sólidos y completos. Algunos grupos vulnerables, como la población indígena, no han sido suficientemente estudiados, y la detección sigue estando bastante centralizada, a pesar de los avances que se están realizando en este sentido.

En el 97% de los casos, la vía de transmisión fue sexual; en el 2%, perinatal; y el 1%, por contacto con sangre y fluidos contaminados<sup>166</sup>.

La prevalencia<sup>167</sup> de VIH en la población de entre 15 y 49 años es de 0,3%, y en la población joven, de 0,2%. Sin embargo, se registra un

número progresivo de casos en adolescentes y jóvenes<sup>168</sup>.

En la población en general la tasa de incidencia de infección por VIH es de 4,30 por cada 100.000 habitantes, y en población adolescente y joven, de 22 por cada 100.000 habitantes, **cinco veces más que la media**<sup>169</sup>.

Según lo notificado durante la primera parte del año 2012 en el país<sup>170</sup>:

*La tasa de incidencia de infección por VIH está aumentando alarmantemente, sobre todo en la población adolescente y joven.*

*De cada 10 nuevos casos notificados, seis son jóvenes, y de cada 10 casos nuevos en jóvenes, seis son mujeres jóvenes.*

*Cada mes se diagnostican siete nuevos casos de adolescentes con VIH.*

Considerando el número acumulado de personas con VIH/sida<sup>171</sup> y la actualización de notificaciones<sup>172</sup>, se puede decir que aproximadamente el 3% corresponde a niños y niñas menores de 9 años; el 1%, a adolescentes de 10 a 14 años; y el 6%, a adolescentes de 15 a 19 años. El 62% de estos casos notificados correspondía a niñas<sup>173</sup>.

El aumento de la incidencia de VIH en la población de adolescentes de 15 a 19 años (gráfico 19), sobre todo a partir de 2005, es una llamada de alerta. En particular, el aumento que está aconteciendo entre las mujeres jóvenes.

<sup>161</sup> *Ibidem.*

<sup>162</sup> MSPBS: Departamento de Bioestadística: *Informe de morbilidad*. Asunción, 2009.

<sup>163</sup> Se considera como población joven a toda persona cuya edad está comprendida entre los 15 a los 24 años. Se considera como población adolescente a toda persona cuya edad esté comprendida entre los 10 a los 19 años (OPS/OMS).

<sup>164</sup> OPS: *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Paraguay*. Asunción, 2010. Disponible en <http://www.paho.org/par>.

<sup>165</sup> Pronasida/MSPBS: *Informe de la situación epidemiológica de VIH/sida en Paraguay. Periodo enero a octubre 2012*. Departamento de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Asunción, 2012.

<sup>166</sup> Onusida: *Informe nacional sobre los avances realizados en respuesta al VIH y al sida en Paraguay*. Asunción, 2012.

<sup>167</sup> La prevalencia es la proporción de individuos de un grupo o una población que presenta una característica o evento determinado en un momento o periodo de tiempo determinado. La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

<sup>168</sup> Unicef: *Estado mundial de la infancia 2012*. Nueva York, 2012.

<sup>169</sup> OPS: *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Paraguay*. Asunción, 2010. Disponible en <http://www.paho.org/par>.

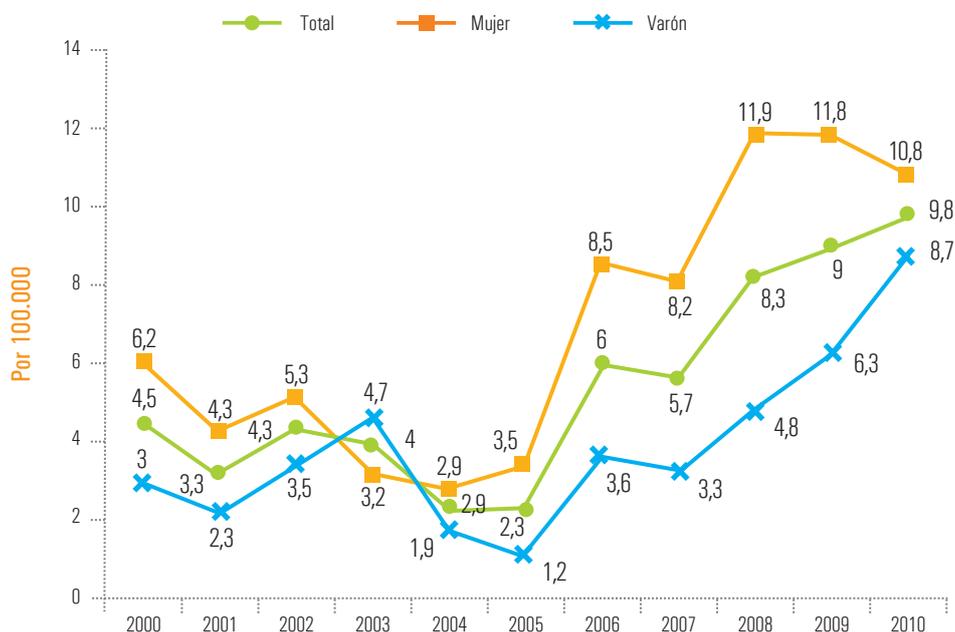
<sup>170</sup> Pronasida/MSPBS: *Informe de la situación epidemiológica de VIH/sida en Paraguay. Periodo enero a octubre 2012*. Departamento de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Asunción, 2012.

<sup>171</sup> Pronasida/MSPBS: *Informe de la situación epidemiológica de VIH/sida en Paraguay. Periodo 1985 – 2009*. Departamento de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Asunción, 2010.

<sup>172</sup> Pronasida/MSPBS: *Informe de la situación epidemiológica de VIH/sida en Paraguay. Periodo enero a octubre 2012*. Departamento de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida. Asunción, 2012.

<sup>173</sup> *Ibidem.*

**GRÁFICO 19: TASA DE INCIDENCIA DEL VIH EN PERSONAS DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD SEGÚN SEXO. PARAGUAY, AÑOS 2000-2010**



Fuente: elaboración propia con base en MSPBS, Pronasida.

Como existen vacíos en la información a lo largo del tiempo, el aumento de la incidencia en adolescentes a partir del año 2005 puede ser interpretado de distintas maneras. Una posibilidad es que en años anteriores el número de casos haya sido mayor al registrado, y por tanto desconocidos, y al ir mejorando el sistema de notificación y registro, las cifras suben; otra es que se notifican más casos en mujeres debido al esfuerzo que se está haciendo en la pesquisa para prevención de la transmisión materno-infantil. Una tercera posibilidad es que las cifras notificadas a lo largo del tiempo, incluso con las dificultades y vacíos existentes anteriormente, sean muy cercanas a la realidad, y que a partir de 2005 haya un aumento real y de manera importante en el número de casos nuevos.

Lo concreto, sin embargo, es que existen datos objetivos que hablan de un preocupante y progresivo número de adolescentes, sobre todo mujeres, que vive con VIH.

### c. FACTORES CAUSALES DE LA MORBIMORTALIDAD EN ESCOLARES Y EN ADOLESCENTES

#### NORMAS SOCIALES Y CULTURALES

Como ya se ha mencionado, el patriarcado implica una construcción social e instituye un orden mundial que no está escrito, sino inscrito en el imaginario colectivo a través de los mitos, las leyendas, los rituales religiosos, la historia, la publicidad<sup>174</sup>. Al no estar explícito, queda invisible y transcurre estableciendo asimetrías en las relaciones de género, e impide la movilidad social, estratificando las jerarquías sociales. Estas asimetrías en las relaciones de género no causan sólo daño a las mujeres y a otras identidades de género no masculinas, sino que afectan también a los hombres.

En efecto, se ha visto que la principal causa de muerte después del año de vida está vinculada a la violencia, la cual es mayor en los

<sup>174</sup> Reguant, D.: *Explicación abreviada del patriarcado*. Disponible en: [www.proyectopatriarcado.com/docs/Sintesis-Patriarcado-es.pdf](http://www.proyectopatriarcado.com/docs/Sintesis-Patriarcado-es.pdf).

Por normas sociales relacionadas al pensamiento dominante que impiden el acceso de la población adolescente a información puede explicarse el aumento preocupante de casos de adolescentes con VIH.



varones, promovida por un mandato cultural que los empuja a tener conductas de riesgo, a exponerse más y a ser más violentos<sup>175</sup>.

En este contexto, por normas sociales relacionadas al pensamiento dominante que impiden el acceso de la población adolescente a información, puede explicarse el aumento preocupante de casos de adolescentes con VIH, sobre todo de mujeres adolescentes, y el alto número de embarazos en adolescentes.

También, en este escenario y en directa relación, muchas veces las instituciones religiosas buscar instituir pautas de educación o de conducta no sólo a sus fieles, sino que tratan de aplicar estos patrones a la totalidad de la sociedad. Esta intervención de las instituciones religiosas puede verse en su intento de imponer programas de salud reproductiva con métodos de anticoncepción que se enfocan exclusivamente en la abstinencia sexual antes del matrimonio y el método del ritmo<sup>176</sup>. Con esta postura establecen heteronormativas; niegan la existencia de población lesbiana, homosexual, transexual, transgénero y bisexual; y marginan a más de la mitad de adolescentes que ya tienen relaciones sexuales. Además, exponen a la población adolescente y joven a que realice prácticas riesgosas o discriminatorias e impiden que puedan tomar decisiones informadas y responsables<sup>177</sup>.

Por otro lado, durante 35 años la sociedad paraguaya vivió bajo el yugo de una dictadura militar, que sistemáticamente desconoció los derechos humanos de las personas. La influencia de este oscuro periodo de la historia nacional todavía se encuentra presente en el imaginario de la población. Uno de los ámbitos donde se percibe su impacto es el de la infancia y la adolescencia:

*El paradigma de la situación irregular del menor todavía es dominante en el imaginario colectivo, y muchas veces ordena la práctica de las instituciones públicas a pesar del marco legal vigente.*

En efecto, en el ámbito concreto de la salud, muchos profesionales ignoran el principio de la Convención sobre los Derechos del Niño sobre el interés superior del niño cuando se resisten a atender a adolescentes que vayan sin ser acompañados por sus padres; cuando se niegan a brindarles información sobre métodos anticonceptivos por sus creencias religiosas personales; cuando no respetan la confidencialidad o cuando no permiten el acompañamiento de las mujeres embarazadas durante el parto por la persona de su elección, por citar algunos ejemplos.

Otro aspecto a considerar en términos culturales es la discriminación y el maltrato que su-

<sup>175</sup> Aguirre, Rodrigo y Güell, Pedro: *Hacerse hombres. La construcción de la masculinidad en los adolescentes y sus riesgos. Síntesis de estudios cualitativos sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes varones en países seleccionados de América Latina*. OPS/OMS. Washington, 2002.

<sup>176</sup> No se puede dejar de mencionar que el método del ritmo no es aconsejable entre adolescentes para prevenir embarazos debido a que en esta etapa del ciclo vital puede no instaurarse un ritmo hormonal regular de entrada, sino hasta después de varios años del inicio del desarrollo sexual secundario.

<sup>177</sup> Naciones Unidas. Asamblea General: *Informe del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*. Sexagésimo quinto período de sesiones. Tema 69 b) del programa provisional. New York, 2010.

fren las personas con VIH<sup>178</sup>, la población indígena<sup>179</sup>, las mujeres que consultan por abortos y las personas pobres en general por parte del personal de salud.

Existen resabios históricos de una estratificación social basada en el origen étnico, que todavía impregna el cotidiano de las personas y sus actitudes, los libros escolares y los contenidos de los medios masivos de comunicación, y que se traduce en discriminación y maltrato hacia la población indígena.

Igualmente, al sentirse discriminadas, las personas con VIH se aíslan, no buscan ayuda o tratamiento y quedan afectadas en su autoestima<sup>180</sup>. Todo ello a su vez afecta a su estado general, a su equilibrio y a sus defensas, ya de por sí amenazadas por el propio virus.

## LEGISLACIÓN/POLÍTICAS

En el año 2007 se elaboró y se puso a consideración de la ciudadanía **un proyecto de ley para la salud sexual y reproductiva**, cuyo objetivo principal era reconocer que la salud sexual y reproductiva forma parte del derecho a la salud, consagrado en la Constitución Nacional. Sin embargo, pese a ser sumamente necesaria esta ley, el proyecto presentado no ha progresado debido a la resistencia opuesta por grupos religiosos y conservadores de la sociedad.

La **Ley 3940/09 Nacional de Sida** otorga una excesiva autonomía al Programa Nacional de Control de ITS/Sida (Pronasida), evidenciando y propiciando la fragmentación del sistema de salud. Plantea una propuesta de norma jurídica confusa acerca de dónde radica la función de rectoría en este problema de salud, y obstaculi-

za la función rectora del MSPBS, que debe cautelar una complementariedad y sinergia de los esfuerzos de todos los actores del sistema para dar respuesta integral<sup>181</sup>.

De igual manera, existen muchas dificultades para avanzar en una ley antitabaco que proteja a la población en general, y a los niños, niñas y adolescentes en particular. Es de recordar que en el año 2011 el Poder Ejecutivo vetó la ley sancionada por el Congreso Nacional por contener artículos que colisionaban directamente con los derechos consagrados en la Constitución Nacional y con las disposiciones del convenio marco de la OMS para el control del trabajo, ratificado por Paraguay.

Otra traba –de gran envergadura– para evitar la primera causa de muertes en niños y niñas a partir del primer año de vida y hasta la juventud, es decir, los accidentes, entre ellos los **accidentes de tránsito**, es la ausencia de un marco legislativo integral que aborde el problema complejo del **transporte público y de la seguridad vial**.

En el año 2008, el Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC) inició la implementación del Plan nacional de seguridad vial 2008-2013. El objetivo general era estructurar un conjunto de estrategias y de medidas factibles de implementar para disminuir la accidentalidad vial en Paraguay, con la participación de instituciones gubernamentales y privadas y algunos estamentos de la sociedad. Sería importante realizar la evaluación del plan y sus resultados para realizar los ajustes que sean necesarios en el proceso de construcción de un escenario que termine con los accidentes de tránsito.

<sup>178</sup> Se consultó a 69 personas si las que viven con VIH en Paraguay sufren algún tipo de estigma y/o discriminación: 61 de ellas respondieron que sí y ocho que no. Este dato es sumamente relevante, pues refleja que en Paraguay el status de VIH conlleva por sí mismo un alto índice de discriminación. Entre las situaciones discriminatorias más citadas se encuentran: exclusión de reuniones sociales y espacios religiosos; impedimentos en el acceso a los servicios de salud y para asistir a instituciones educativas (Monroy, G.; Ruiz Díaz, M.; Gaona, A.: *Perspectiva comunitaria sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH/sida en Paraguay*. Fundación Vencer y UNFPA. Asunción, 2010.

<sup>179</sup> Bogado, Marcelo: *Representaciones y prácticas de salud en dos comunidades mbya guaraní del departamento de Caazapá*. MSPBS. Asunción [texto inédito].

<sup>180</sup> Monroy, G.; Ruiz Díaz, M.; Gaona, A.: *Índice de estigma en personas que viven con VIH/sida en Paraguay*. Fundación Vencer y UNFPA. Asunción, 2009.

<sup>181</sup> OPS: *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Paraguay*. Asunción, 2010. Disponible en <http://www.paho.org/par>.

El **decreto 21.944/98** ha promovido la industria del ensamblaje de motocicletas a través de una serie de beneficios fiscales. Tras 12 años de vigencia, mantiene el beneficio de la exoneración del gravamen aduanero para todas las partes y accesorios necesarios para el ensamblado de motocicletas. Si bien esto ha creado trabajo y fuentes de ingreso, también ha promovido la venta de numerosas motos, y con ello miles de muertes de adolescentes y jóvenes, como ya se ha mencionado anteriormente. Los impuestos exentos a las ensambladoras en el año 2008 han llegado a ser el doble del presupuesto del Centro de Emergencias Médicas, principal hospital de traumas del país<sup>182</sup>. Es perentorio contar con un sistema de transporte público ágil y seguro.

## LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD CON PERSONAL, INSTALACIONES E INFORMACIÓN ADECUADA

### Disponibilidad de recursos humanos e instalaciones

En cuanto a los consultorios destinados a adolescentes, existen varios problemas para su constitución y puesta en marcha. Por un lado, son muy pocos los profesionales pediatras que manejan integralmente la atención a adolescentes, pues en la formación de la especialidad el tema de la adolescencia ha estado prácticamente ausente. Por otro, el estado edificio de muchos de los servicios de salud tiene deterioros y problemas estructurales, poco espacio y hasta hacinamiento de ciertas áreas, condiciones en las que es difícil la atención especializada a las adolescentes.

### Oferta de información

El acceso a la información por parte de la población es determinante para la adopción de hábitos de vida saludables que prevengan las

enfermedades prevalentes no transmisibles: **los accidentes**, las enfermedades cardiovasculares, diabetes, **obesidad, consumo de alcohol, tabaco, entre otras drogas**. El aumento en la incidencia de **VIH/sida y embarazos** en niñas y adolescentes igualmente se puede asociar, entre otros factores, a la falta de acceso a la información.

Una de las razones de la escasa oferta de información desde los servicios de salud es el escaso presupuesto que se asigna a las actividades de promoción de la salud. Sin embargo, existen otros factores de mayor peso, como ya se ha señalado.

En lo que respecta a la disponibilidad de información para el cuidado de la salud sexual y reproductiva, existen varios aspectos a considerar. Por un lado, se relaciona a la sexualidad exclusivamente con la reproducción, ignorando que la sexualidad es una actividad inherente al ser humano y que abarca múltiples dimensiones personales y sociales. De esta manera, la información se limita y altera considerablemente.

Por otro lado, los niños, niñas y adolescentes deben enfrentar enormes contradicciones, pues a través de la publicidad viven una **erotización del cuerpo y su objetivación violenta**, sobre todo del femenino, pero al mismo tiempo sufren las prohibiciones tradicionales que pretenden limitar el ejercicio de su sexualidad y **negarles información**<sup>183</sup>. Hay que tener en cuenta que aunque se trate de evitar o limitar la información, por acción o por omisión, las personas siempre son informadas sexualmente, ya sea en las escuelas, las familias o los medios de comunicación. Al omitir la educación sexual en el ámbito educativo, se deja a las niñas, niños y adolescentes librados a su suerte en cuanto al tipo de conocimientos y

<sup>182</sup> Roa, Benito: "El alto costo de los accidentes en motocicletas". Diario Abc Color, suplemento económico, 10 de febrero de 2013.

<sup>183</sup> Huggins Castañeda, M.: *Género, políticas públicas y promoción de la calidad de vida*. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales. Venezuela, 2005.

La relación hombre/mujer de los casos de VIH y sida sigue disminuyendo, notándose un aumento progresivo y sostenido de nuevos casos en mujeres adolescentes y jóvenes.



mensajes, generalmente negativos y desvirtuados, que reciben sobre la sexualidad<sup>184</sup>.

Otro aspecto fundamental es que **un tercio de las jóvenes y un quinto de los jóvenes de entre 15 y 19 años afirma nunca haber abordado con sus padres temas relativos a la sexualidad**<sup>185</sup>. Ante ello, los movimientos que pretenden apartar a los Estados de su obligación de impartir educación sexual –en nombre de una educación familiar muchas veces inexistente– son una de las causas por las que se observa un aumento alarmante de nuevos casos de VIH en adolescentes, sobre todo en mujeres adolescentes<sup>186</sup>. En este sentido, es fundamental el rol de las escuelas de proveer información para la autonomía y el autocuidado. Sin embargo, y además, deben considerarse otras formas de comunicación, pues existe una cantidad importante de niños, niñas y adolescentes que abandonan la escuela o que están fuera del sistema educativo. La tasa neta de escolaridad en el sector rural es de apenas el 24,5%, lo que significa que sólo 24 adolescentes de cada 100 comprendidos entre 14 y 17 años se encuentran cursando la secundaria en la zona

rural. El 12,6% de los/as adolescentes de 10 a 14 años no asiste a la escuela, y el 44,2% de los/as adolescentes de entre 15 a 17 años no asiste al colegio<sup>187</sup>.

### ACCESO A MEDIO AMBIENTES SANOS Y A HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

Si bien los datos de la “Primera encuesta nacional de factores de riesgo” se obtuvieron en adultos y adolescentes, los resultados muestran hábitos que repercuten también en los niños y niñas, incluso desde periodos tan tempranos como cuando se introducen los alimentos durante la ablactación.

En promedio, en Paraguay se consume la mitad de una ración de verduras por día por persona. Sólo 15% de la población ingiere las necesarias cinco porciones de frutas y verduras por día. Este porcentaje baja a 4,4% cuando se considera a la población indígena. El 74,5% no realiza actividad física en su tiempo libre<sup>188</sup>.

Con los cambios demográficos, la migración del campo a la ciudad, las precarias condicio-

<sup>184</sup> El llamado currículum oculto supone no proporcionar educación sexual de manera explícita, generando una carga de prejuicios e inexactitudes, sobre los que no hay crítica ni control social o familiar posible (Naciones Unidas. Asamblea General: *Informe del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación*. Sexagésimo quinto período de sesiones. Tema 69 b) del programa provisional. Nueva York, 2010).

<sup>185</sup> *Ibidem*.

<sup>186</sup> El uso del condón en la última relación sexual está directamente relacionado al acceso a la información: a mayor cantidad de años de estudio, mayor uso de condón. El porcentaje de uso de condón entre las adolescentes y mujeres con 12 y más años de estudio es 10 veces mayor que entre aquellas con menor cantidad de años de estudio. El 88% de las adolescentes mujeres y mujeres adultas declaró conocer o haber escuchado hablar del VIH/sida como una infección que se transmite por medio de las relaciones sexuales. Sin embargo, este porcentaje varía mucho según se consideren distintos factores. Más de 90 de cada 100 adolescentes mujeres de clases socioeconómicas altas y con más de 12 años de estudio tienen conocimientos sobre el VIH/sida, mientras que sólo 70 de cada 100 adolescentes mujeres de clases socioeconómicas bajas y con menos de cinco años de estudio los tienen (OMS/Cepep: *Factores relacionados al uso de condón en Paraguay. Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2004. Resumen de investigación en base a una encuesta nacional*. Asunción, 2010).

<sup>187</sup> MEC sobre datos de la STP-DGEEC, *Encuesta permanente de hogares 2010*.

<sup>188</sup> MSPBS: *Primera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles*. Asunción, 2011.

El fenómeno de la migración de la población rural e indígena a centros urbanos y periurbanos ocasiona que grandes grupos de personas tengan un acceso limitado a los servicios básicos.



nes de vida en los márgenes de pobreza de las ciudades, los hábitos alimentarios van cambiando y reconfigurándose. Los medios de comunicación social, en especial la televisión, contribuyen a una educación informal que influye, la mayoría de las veces, de manera negativa en la estructura del gasto del consumo alimentario en los diferentes grupos sociales. La propaganda comercial se potencia con otros factores, como el nivel educacional y socioeconómico del consumidor. En muchos estudios se ha encontrado que las amas de casa pobres compran productos anunciados por la televisión muchas veces para satisfacer la preferencia de sus niños, inducidas por los medios de comunicación, sin que tengan en cuenta su valor nutritivo, aunque esto implique una importante inversión del presupuesto familiar<sup>189</sup>.

Con la expulsión de las personas que viven en áreas rurales hacia la ciudad, el consiguiente crecimiento de la población urbana, sin planificación ni orden, supera la capacidad de la infraestructura y los servicios existentes. Ante ello, este proceso de urbanización es prácticamente un sinónimo de la formación de barrios de tugurios<sup>190</sup>.

Según el Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat), **uno de cada tres residentes de las ciudades**

**vive en condiciones marginales**, sin seguridad de la tenencia y en lugares sobrepoblados y antihigiénicos, caracterizados por el desempleo, la contaminación, el tráfico vehicular, la delincuencia, el alto costo de vida, la baja cobertura de los servicios y la competencia por los recursos<sup>191</sup>.

El fenómeno de la migración de la población rural e indígena a centros urbanos y periurbanos ocasiona que grandes grupos de personas tengan un acceso limitado a los servicios básicos. Para muchos niños, niñas y adolescentes, la urbanización creciente y no planificada implica vivir en casas precarias, hacinados, comiendo comidas baratas y fáciles de preparar compuestas por **alimentos con mucha grasa y azúcar refinada**. Sin posibilidades de acceder a actividades deportivas por la falta de espacios seguros de recreación, la opción para muchos niños y niñas es sentarse a ver televisión. El **sedentarismo**, una alimentación desequilibrada, la prevalencia de bajo peso al nacer, son factores que contribuyen al aumento de la obesidad en la población de niños, niñas y adolescentes<sup>192</sup>.

### Calidad

Además de lo ya mencionado en cuanto a disponibilidad y distribución de recursos humanos de salud calificados, hay que considerar **el tiempo dedicado a la atención**. Un estudio

<sup>189</sup> Morón, C., Scheitman, A.: *Evolución del consumo de alimentos en América Latina*. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/010/ah833s/AH833S08.htm>.

<sup>190</sup> Unicef: *Estado mundial de la infancia 2012. Los niños y las niñas en un mundo cada vez más urbano*. Nueva York, 2012. Disponible en: [www.unicef.org/sowc2012](http://www.unicef.org/sowc2012).

<sup>191</sup> *Ibidem*.

<sup>192</sup> O'Donnell, A., Carmuega, E.: *La transición epidemiológica y la situación nutricional de nuestros niños*. Boletín Cesni, marzo, 1998.

realizado en un hospital distrital sobre calidad de atención<sup>193</sup> reveló que los y las profesionales de la atención ambulatoria dedicaban en promedio 5 a 7 minutos a la consulta por paciente. La mayoría de las atenciones era precaria. Las personas entrevistadas relataban que no habían sido examinadas, que no recibieron explicaciones acerca de lo que motivó la consulta y que entendían muy poco de las indicaciones dadas durante la consulta debido al lenguaje científico. Actitudes y conductas como las que se describen no respetan el derecho de la niñez y la adolescencia a ser escuchados y a que sus opiniones se tomen en cuenta.

Igualmente, las relaciones y el flujo de información y comunicación que debe darse entre los servicios de salud de distinta complejidad son insuficientes, no son bidireccionales y se carece de un sistema de seguimiento y análisis de los casos. Esto afecta directamente a la calidad de atención en los servicios de salud.

#### **d. DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES PARA EL CORTO Y MEDIANO PLAZO PARA COMBATIR LA MORBIMORTALIDAD DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES**

En base a la problemática identificada en estas franjas etarias y a las causas que la provocan, a continuación se cita una serie de desafíos seguidos por un conjunto de recomendaciones para el corto y el mediano plazo, que servirán de orientación para la acción del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil.

Al final del presente documento se identifican los desafíos y recomendaciones correspondientes a los cambios estructurales que deben hacerse para erradicar la morbilidad y la mortalidad por causas evitables en niños, niñas, escolares, adolescentes y embarazadas.

## **DESAFÍOS INMEDIATOS**

### **1. Mejorar y ampliar la oferta de servicios de salud para adolescentes**

- Continuar con la implementación de la estrategia de atención primaria de la salud.
- Aumentar el número de unidades de salud familiar hasta cubrir todo el territorio nacional y monitorear su desempeño a través de registros adecuados. Mejorar la calidad de los equipos de salud familiar.
- Capacitar al personal de salud de todos los niveles de atención en el manejo integral de adolescentes y escolares según sus necesidades, enfocado a la calidad y calidez de la atención.
- Adecuar áreas de atención para adolescentes en los servicios de salud contemplando la privacidad y respetando la confidencialidad, promoviendo la no discriminación por VIH, étnica, condición social, género, creencia, discapacidad, entre otros.
- Trabajar desde la prevención con factores protectores.
- Ofrecer en toda la red de atención servicios de consejería y promoción de la salud sexual y reproductiva, adicciones y violencia, con perspectiva de género y acorde a la Convención sobre los Derechos del Niño y al Código de la Niñez y la Adolescencia.
- Mejorar las capacidades de transporte y la estructura de salud en la atención a las víctimas de la siniestralidad vial.

### **2. Construcción de entornos adecuados para el ejercicio del derecho a la salud de escolares y adolescentes, en particular en las escuelas y los municipios**

- Generar estrategias de inclusión de la educación integral de la sexualidad en el sistema educativo y en el sector salud, sin discriminación, con perspectiva de derecho de los niños, niñas y adolescentes.

<sup>193</sup> Estudio no publicado realizado entre 2011 y 2012 en el contexto del Plan piloto para la implementación del modelo de atención integral en el Hospital Distrital de Capiatá. La investigación fue coordinada por la doctora Carmen Gómez y ejecutada por los doctores María Luisa Machi, Diego Capurro y Antonio Sánchez.

De cada 10 personas que conducen o viajan en moto, sólo 2 siempre usan casco, 2 lo usan a veces y 5 no lo utilizan nunca. El número de muertes de adolescentes varones es casi cuatro veces mayor que el de las mujeres de la misma edad.



- Impulsar espacios recreativos, deportivos y otras manifestaciones artísticas y culturales con los municipios y gobernaciones.
- Exigir el rol que tienen los municipios en el control y cumplimiento de las normas de seguridad vial, circulación, permisos, edad de quienes conducen y venta de alcohol a jóvenes. Exigir la aplicación de sanciones a quienes infringen las leyes de tránsito.
- Promover la responsabilidad social de las empresas que venden motos y otras firmas ligadas a la temática conformando mesas de trabajo intersectoriales para ejecutar alianzas, campañas comunicacionales sobre educación vial, uso de casco y cinturón de seguridad, en escuelas y universidades.
- Fortalecimiento de los consejos regionales y locales de salud para un trabajo conjunto con los municipios y comunidades en el control de consumo de tabaco, drogas y otras adicciones de la población adolescente, la prevención de accidentes y educación vial, prevención del maltrato familiar.
- Fortificar el trabajo de promoción de la salud en todas las escuelas y colegios del país, en las temáticas específicas que afectan al grupo etario.
- Universalización de la merienda escolar, promoviendo hábitos y una alimentación saludable.
- Exigir que los municipios ejerzan su rol protector y ejecuten urgentemente campañas comunicacionales con enfoque inclusivo, no discriminatorio y perspectiva de género para promover el derecho de escolares y adoles-

centes a una salud sexual y reproductiva y a un ambiente libre de violencia, incluyendo la violencia debido a los accidentes de tránsito.

### **3. Promoción de la autonomía y la participación de escolares y adolescentes**

- Promover y garantizar espacios comunitarios de participación y protagonismo de niños, niñas y adolescentes sobre el derecho a la salud, implicándolos en el proceso de toma de decisiones aplicadas a las políticas públicas de nivel local y regional.

## **DESAFÍOS A MEDIANO PLAZO**

### **1. Incremento de los conocimientos cuantitativos y cualitativos a través de la investigación científica**

- Actualizar la encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva.

### **2. Articulación sectorial para combate y prevención del consumo de drogas y de los accidentes de tránsito**

- Establecer estrategias integradas para prevenir el consumo de drogas y alcohol, así como para prevenir los accidentes de tránsito.

## IDENTIFICANDO PRIORIDADES A PARTIR DE LO EXPUESTO HASTA ESTE PUNTO

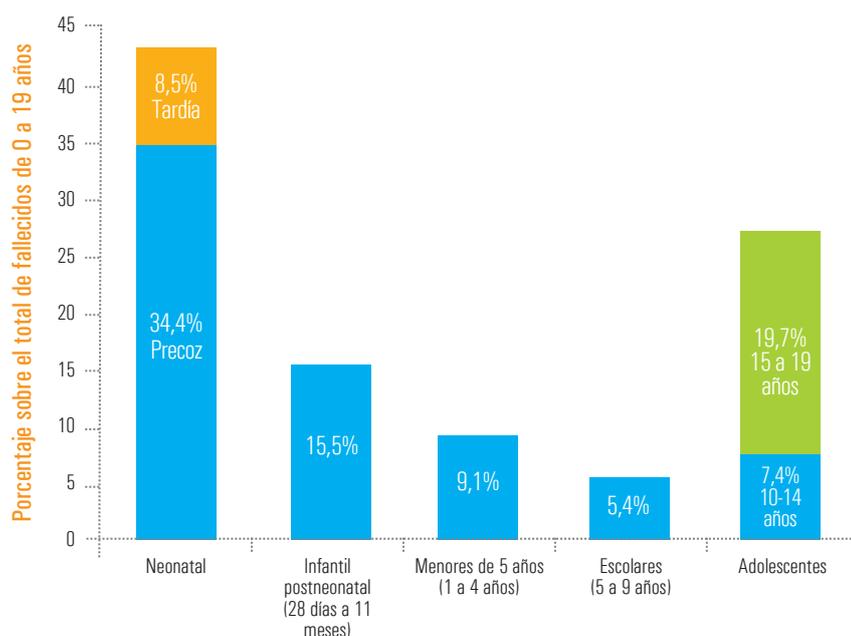


### LA ETAPA NEONATAL Y LA ADOLESCENCIA COMO NUDOS CRÍTICOS PARA COMBATIR LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE EN LA INFANCIA

En el siguiente gráfico se puede apreciar la proporción de muertes (no las tasas) que ocurren entre los primeros ciclos de vida, tomando el

total de las muertes de personas entre 0 a 19 años acontecidas en el año 2011 según datos del Departamento de Bioestadística del MSPBS.

« GRÁFICO 20: MORTALIDAD EN LA INFANCIA POR CICLOS DE VIDA, 2011



Fuente: elaboración propia con datos del Departamento de Bioestadística del MSPBS.

Como puede apreciarse, el 43% del total de muertes de personas de entre 0 a 19 años ocurre en el periodo neonatal, mayoritariamente en la primera semana de vida. A esta etapa crítica le sigue en proporción de muertes la etapa adolescente (en particular, la adolescencia tardía), con el 27,1% de todas las muertes en la infancia.

En este punto se deben reconocer los logros del país en disminuir las muertes por diarrea, neumonías y otras enfermedades transmisibles, que afectan sobre todo a los menores de cinco años. Esta disminución de muertes se debe a los avances en la disponibilidad y acceso a vacunas; la expansión de las redes de saneamiento básico y agua potable y al uso del suero oral; el

acceso progresivo a servicios de salud; la implementación gradual de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, entre otras intervenciones.

Sin embargo, las muertes que ocurren en la etapa neonatal y de la adolescencia no tuvieron el mismo comportamiento. Las causas de estas muertes ya han sido analizadas, y si bien puede concluirse que las muertes neonatales y de adolescentes son la punta del iceberg de problemas grandes y complejos que tienen que ver con una sociedad injusta, también puede señalarse que existen en el sector de la salud problemas concretos que deben ser abordados en lo inmediato. Así:

- debe mejorarse la calidad de atención obstétrica y neonatal en todos los servicios de salud, de todos los niveles de atención: unidades de salud de la familia, atención ambulatoria de especialidades y atención hospitalaria;
- debe realizarse de manera urgente una campaña de comunicación para adolescentes que aborde la problemática de la falta de información para prevenir accidentes; revertir las conductas de riesgo y los mandatos culturales que impulsan conductas de riesgo en los varones;
- debe mejorarse el sistema de referencia, contrarreferencia y la calidad de la respuesta ante la emergencia y el trauma en todos los servicios de salud, de todos los niveles de atención;
- debe continuarse con los esfuerzos que consiguieron logros en la disminución de la mortalidad en menores de cinco años: vacunas y apoyo nutricional.

## TEMAS TRANSVERSALES A LOS CICLOS DE VIDA DESCRITOS

### a. DISCAPACIDAD

Según estimaciones de la OPS, entre el 7 a 10% de la población general tiene alguna discapacidad en América Latina y el Caribe<sup>194</sup>. En Paraguay, según el "Censo nacional de población y viviendas 2002"<sup>195</sup>, aproximadamente el 1% de la población total del país vive con discapacidad<sup>196</sup>.

Esta cifra tan baja en relación al promedio regional llama la atención y sugiere limitaciones metodológicas en la medición de discapacidad<sup>197</sup>. Otro aspecto a considerar en el mismo sentido es que probablemente la detección de retrasos del desarrollo no se realiza oportunamente, pues a nivel internacional se estima que 1 a 3% de los niños menores de cinco años los padece<sup>198</sup>. Asimismo, es de esperar que muchos casos de discapacidad sensorial estén solapados y que no se registren en los servicios de salud<sup>199</sup>.

Un estudio más reciente ha buscado paliar la dificultad de datos estadísticos para este colectivo. Éste fue realizado en el año 2011 por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA) en tres departamentos de la Región Oriental del país, registrando 19% de personas con discapacidad de todas las edades. El mismo estudio ha mostrado que el 14% del total de los casos relevados son niñas, niños y adolescentes con algún tipo de discapacidad<sup>200</sup>.

<sup>194</sup> JICA: *Estudio de prevalencia de discapacidad en tres departamentos del Paraguay*. Asunción, 2009.

<sup>195</sup> DGEEC: *Discapacidad en Paraguay. Resultados del Censo 2002*. Asunción, 2002.

<sup>196</sup> JICA: *Estudio de prevalencia de discapacidad en tres departamentos del Paraguay*. Asunción, 2009.

<sup>197</sup> DGEEC: *Condiciones sociodemográficas de las personas con discapacidad*. Asunción, 2005.

<sup>198</sup> Czornyj, C.: "Retraso madurativo. Aspectos neurológicos", en: Horacio Lejarraga (editor): *Desarrollo del niño en contexto*. Paidós Tramas Sociales. Buenos Aires, 2004.

<sup>199</sup> DGEEC: *Condiciones sociodemográficas de las personas con discapacidad*. Asunción, 2005.

<sup>200</sup> JICA: *Estudio de prevalencia de discapacidad en la Región Oriental de Paraguay*. Asunción, 2011.

En nuestro país, 6 de cada 10 niños, niñas y adolescentes sufre algún tipo de maltrato por parte de su madre, padre o ambos.



El 30% de las personas con discapacidad en Paraguay corresponde a población menor de 19 años<sup>201</sup>. Entre los niños y niñas menores de 15 años, la presencia de limitaciones que pueden llegar a causar discapacidad se detecta en 6 de cada 1000 niños y niñas<sup>202</sup>.

Los departamentos con más alto índice de discapacidad son Ñeembucú, Boquerón, Paraguari y Cordillera. En áreas rurales, los mayores porcentajes de población con indicadores de discapacidad se dan entre las edades de 6 a 17 años. Esto indicaría que la discapacidad recién es detectada cuando el niño accede a la escuela, lo que en muchos casos significa una pérdida importante de tiempo en la rehabilitación y respuestas a las demandas específicas<sup>203</sup>.

Las discapacidades más frecuentes en Paraguay, considerando todas las franjas etarias, son: para el movimiento (26%); mental (25%); para hablar (11%); y para oír (6%)<sup>204</sup>.

Entre las causas principales de discapacidad en población menor de 9 años se encuentran las asociadas a partos difíciles, en 69%, y los tipos más frecuentes de discapacidad son las parálisis y el síndrome de Down. Las discapacidades que prevalecen entre los niños, niñas y adolescentes de entre 10 a 19 años son el retraso mental, la parálisis y el síndrome de

Down, siendo las causas más frecuentes las de nacimiento (64%), los accidentes (7%) y por enfermedad (20%)<sup>205</sup>.

**El 22% de niños, niñas y adolescentes tiene más de una deficiencia<sup>206</sup>.**

No existen diferencias significativas de incidencia de discapacidad entre la población que vive en el área rural o urbana. Sin embargo, la discapacidad es más frecuente en varones que en mujeres a partir de los 15 años de edad, lo cual sugiere una mayor exposición de los hombres a accidentes<sup>207</sup>. De hecho, la alta prevalencia de afecciones perinatales, la supervivencia a enfermedades y accidentes que antes eran mortales y el aumento progresivo de accidentes de tránsito son situaciones que continuamente incrementan las posibilidades de discapacidad.

La detección precoz de trastornos del desarrollo y discapacidad es aún incipiente en Paraguay. Además, no existe a nivel nacional un enfoque integral en el tratamiento de las personas con discapacidad; la rehabilitación suficiente, oportuna y cercana donde viven las personas con discapacidad recién está empezando a delinearse.

Las personas con discapacidad padecen enormemente de discriminación y exclusión. En efecto, las personas con discapacidad sufren

<sup>201</sup> DGEEC: *Condiciones sociodemográficas de las personas con discapacidad*. Asunción, 2005.

<sup>202</sup> JICA: *Estudio de prevalencia de discapacidad en tres departamentos del Paraguay*. Asunción, 2009.

<sup>203</sup> Frutos Almada, Carmen: "Discapacidad en Paraguay", en DGEEC: *Censo nacional de población y viviendas 2002*. Asunción, 2002.

<sup>204</sup> *Ibidem*.

<sup>205</sup> DGEEC: *Condiciones sociodemográficas de las personas con discapacidad*. Asunción, 2005.

<sup>206</sup> *Ibidem*.

<sup>207</sup> JICA: *Estudio de prevalencia de discapacidad en tres departamentos del Paraguay*. Asunción, 2009.

En nuestro país, 2 de cada 10 mujeres (de entre 15 a 44 años) reportaron haber sido violadas antes de los 15 años de edad.



mayores tasas de inasistencia escolar<sup>208</sup> y mayores tasas de inactividad laboral<sup>209</sup>.

Finalmente, se señala que los tipos de deficiencias más frecuentes, las causas y las tasas de discapacidad en población indígena mantienen tendencias similares a las de la población no indígena<sup>210</sup>.

## b. VIOLENCIA

Dimensionar exactamente la magnitud de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes de Paraguay es una tarea muy difícil, pues no existe una recopilación sistemática de datos al respecto. Las denuncias tienen diferentes puertas de entrada, al igual que los casos que llegan a los servicios de salud de los diferentes subsistemas, y la información resultante no está integrada. Además, existe un enorme subregistro debido a que la denuncia no se realiza, en una gran mayoría de los casos, ya sea por temor, desconocimiento o naturalización de la violencia.

Es así que a continuación se presentarán, lamentablemente, algunos datos dispersos que, no obstante, dan una idea aproximada de las dimensiones de este problema.

Una encuesta realizada a niños, niñas y adolescentes revela que el 52% refirió ser víctima

de maltrato físico desde antes de ingresar al primer grado escolar, principalmente entre los 3 y los 5 años de edad<sup>211</sup>. Este dato coincide con otras investigaciones internacionales que sostienen que el maltrato físico es más común en niños y niñas más pequeños. Estas situaciones son determinantes para su crecimiento y desarrollo, con los posibles retardos y secuelas que se instalan.

El tipo de maltrato que más ocurre es la violencia física grave (35%), seguida por la violencia física leve (13%) y la psicológica, que tiene el mismo porcentaje (13%)<sup>212</sup>.

Según datos de la "Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2008"<sup>213</sup>, el 21,3% de las mujeres de 15 a 44 años de edad entrevistadas reportó haber sido forzada sexualmente (violación) antes de los 15 años de edad, y 61,8%, antes de los 20 años.

En la mayoría de los casos, el culpable fue un vecino, amigo u otro conocido (29,3%); en el 13,4%, fue un tío; y en 12,7%, un novio o ex-novio.

En relación a experiencias durante la niñez, el 40,5% de las mujeres que experimentó violencia física o sexual de pareja vio o escuchó a su padre/padrastro maltratar físicamente a su madre. Las mujeres sin educación escolar o que

<sup>208</sup> Dos de cada tres personas con discapacidad de entre 5 y 19 años de edad no asisten a una institución educativa, mientras que la inasistencia de las personas sin discapacidad en esa misma franja etaria es de sólo una por cada 5 (PNUD: *Informe nacional sobre desarrollo humano. Equidad para el desarrollo*. Asunción, 2008).

<sup>209</sup> DGEEC: *Condiciones sociodemográficas de las personas con discapacidad*. Asunción, 2005.

<sup>210</sup> *Ibidem*.

<sup>211</sup> Beca, Unicef: *Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar - Paraguay*. Asunción, 2009.

<sup>212</sup> *Ibidem*.

<sup>213</sup> Cepep: *Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008*. Asunción, 2009.

sólo completaron 5 años de estudio reportaron proporciones más altas de violación sexual que el promedio nacional<sup>214</sup>.

En el periodo de 2001 a 2008 se registraron 1322 casos de maltrato en el Hospital “Niños de Acosta Ñu”. El 10% correspondía a casos de abuso sexual, con predominio en el sexo femenino<sup>215</sup>.

En lo que respecta a causas por abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, éstas han ido en aumento: de 788 causas registradas en 2005, pasaron a 2298 en 2010, lo que representa casi la triplicación de casos en un lapso de seis años. Sin embargo, es probable que este significativo aumento, que se dio sobre todo desde el año 2009, se deba al efecto de los programas estatales y políticas de sensibilización que se tradujeron en un mayor número de denuncias sobre este tipo de violencia<sup>216</sup>.

La distribución de las causas por hechos punibles contra niños y adolescentes muestra una incidencia mayor en las áreas más densamente pobladas del país. Esa mayor concentración se da en términos absolutos en la zona metropolitana de Asunción y Central, con la mitad de las causas ingresadas al Ministerio Público en 2010; y si a ella se suman las causas de Alto Paraná e Itapúa, representan el 72% de ellas<sup>217</sup>.

### **c. DESAFÍOS Y RECOMENDACIONES EN EL CORTO Y MEDIANO PLAZO PARA BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD Y A QUIENES SUFREN VIOLENCIA**

En los tópicos dedicados a primera infancia, escolares y adolescentes se han identificado desafíos y recomendaciones que beneficiarán también a la población con discapacidad.

En este apartado se realizan recomendaciones específicas.

### **DESAFÍOS INMEDIATOS**

- Desarrollar, dentro de la Red Integrada de Servicios de Salud, una red de detección precoz y atención integral a los problemas de desarrollo y discapacidad.
- Elaborar protocolos de intervención para el trabajo con niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- Desarrollar, dentro de la red de atención, un sistema de consejería para la prevención de malformaciones congénitas.
- Implementación en la red de la rehabilitación basada en la comunidad y complementaria.
- Mejoramiento de los sistemas de registros y estadísticas, que permitan conocer la cantidad de niños, niñas y adolescentes con discapacidad y su situación en el país.
- Capacitar y sensibilizar al personal de salud –de todos los niveles y en modo interinstitucional– en la detección oportuna y en el manejo integral de la violencia, en todas sus formas, contra mujeres, niños, niñas y adolescentes.
- Sensibilizar a la familia, la comunidad y al personal de salud respecto de instancias de prevención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

### **OBSERVACIÓN**

En el transcurso del presente año se ha aprobado en el Parlamento el Programa de Desarrollo Infantil Temprano, elaborado por el MSPBS, el MEC y la SNNA de la Presidencia de la República. Tiene como objetivo contribuir a mejorar los niveles de desarrollo cognitivo, emocional y físico de los niños y niñas menores de 5 años, detectando precozmente trastornos en el desarrollo y facilitando el acceso oportuno a intervenciones para su tratamiento.

<sup>214</sup> *Ibidem*.

<sup>215</sup> Datos brindados por Dra. Zelaya, L., del Departamento de Salud Mental del Hospital Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”.

<sup>216</sup> Cantidad de causas ingresadas al Ministerio Público por los hechos punibles de maltrato y abuso sexual en niños, niñas y adolescentes, años 2005-2010.

<sup>217</sup> *Ibidem*.

#### d. ACCESO A LA SALUD: LA INEQUIDAD SOCIAL IMPIDE UN ACCESO UNIVERSAL

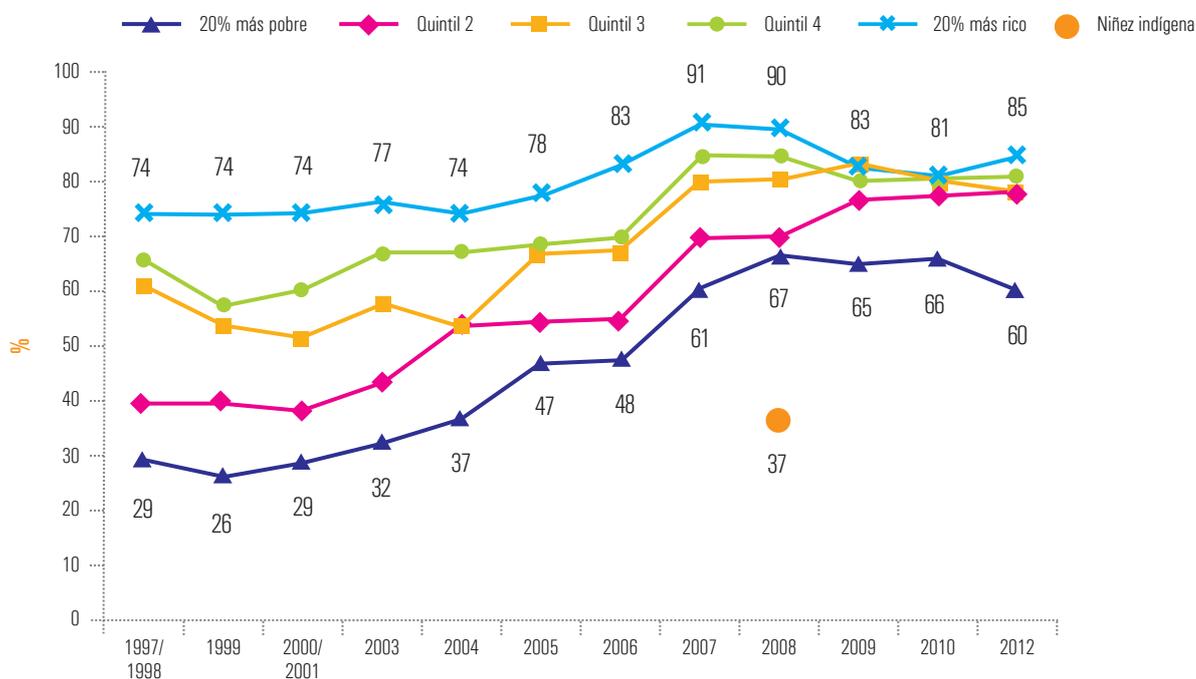
Para gozar del derecho a la salud es necesario, entre otras cosas, que el acceso a los servicios de salud sea universal. Para lograr la universalidad en el acceso deben vencerse barreras económicas, geográficas y culturales. La inequidad social existente hace que las personas más pobres, y en particular las indígenas, tengan menos acceso a los servicios de salud.

Al año 2007, el 46% de la población paraguaya perteneciente al quintil más pobre se hallaba fuera del sistema de salud, excluida de los servicios de salud<sup>218</sup>, con alto gasto de bolsillo para consultas y medicamentos<sup>219</sup>.

El gráfico 21, que sigue a continuación, ilustra la tendencia de aumento en las consultas mé-

dicas de la población menor de 18 años en los últimos 10 años. Como puede apreciarse, en el año 2000, el 74% de los niños, niñas y adolescentes del quintil de mayor ingreso tenía acceso a la consulta médica. En el otro extremo, sólo el 29% de los niños, niñas y adolescentes del quintil de menor ingreso lo tenía. Además, puede apreciarse que en los últimos años el acceso a la consulta del quintil más pobre fue incrementándose hasta el 60%. También se registra un aumento considerable de las consultas a las que accede la población menor de 18 años correspondiente a los quintiles 2 y 3. Otro aspecto a considerar es la reducción de la brecha existente entre el porcentaje de consultas a las que accede la población de quintiles más ricos y la de quintiles más pobres.

**GRÁFICO 21: PORCENTAJE DE CONSULTAS MÉDICAS DE POBLACIÓN MENOR DE 18 AÑOS POR QUINTILES, 1997/1998-2012**



Fuente: elaboración propia con base en DGEEC, Encuesta permanente de hogares.

<sup>218</sup> DGEEC: Encuesta permanente de hogares 2007. Asunción, 2008.

<sup>219</sup> En 2007, el promedio de gasto de bolsillo per cápita mensual en consultas era de 4019 guaraníes, y en medicamentos era de 43.777 guaraníes (MSPBS: Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión. Asunción, 2011).

Continuando con los datos que se muestran en el gráfico 21, al comparar el acceso de niños y niñas del 20% más pobre del país con el acceso de niños y niñas indígenas, nuevamente se evidencia la exclusión acumulada que sufre la población indígena. Cuando en 2008 el 67% de los niños, niñas y adolescentes de la población no indígena tenía acceso a la atención médica, sólo el 36,5% del total de personas indígenas menores de 18 años lo tenía<sup>220</sup>.

La población indígena que menos accede a los servicios de salud es aquella que se encuentra en zonas poco accesibles, la población muy dispersa y la nómada. En los últimos años, para superar estas barreras que impiden el acceso de la población indígena a las consultas, se crearon unidades móviles de atención<sup>221</sup>. Con ello se logró incluir a población indígena de manera progresiva y brindar atención a casi el 90% de las comunidades y aldeas<sup>222</sup>.

En cuanto a los y las adolescentes, no acuden significativamente a consultar a los servicios de salud si se considera que en el año 2010 se ha registrado tan sólo un total de 121.611 consultas de adolescentes de entre 15 y 19 años. El principal motivo de consulta registrado en población adolescente es el debido a problemas respiratorios. En cuanto al acceso a los servicios de salud, acuden más las mujeres adolescentes que los varones adolescentes<sup>223</sup>, lo cual podría estar en relación con la función reproductiva de las adolescentes, por un lado, y con la conducta de riesgo ya descrita en los varones.

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años por el sector para ofrecer consultorios amigables para la población adolescente,

el número es aún insuficiente para cubrir a toda esta población.

## ACCESO DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES A INMUNIZACIONES

En los últimos años, se han incorporado nuevas vacunas en los esquemas de vacunación del nivel público, como la polio inactivada (IPV) para población inmunosuprimida; contra rotavirus para la población universal menor de un año; contra el neumococo para poblaciones de riesgo<sup>224</sup>; contra hepatitis A; contra la fiebre tifoidea para viajeros internacionales; contra haemophilus influenza para población susceptible<sup>225</sup>; contra el virus del papiloma humano que produce cáncer de cuello uterino; y contra el virus de la varicela.

En cuanto a la cobertura de vacunación, es menester señalar que el porcentaje registrado de coberturas con la vacuna contra la difteria, tos ferina (pertussis) y tétanos (DPT) y la vacuna pentavalente 3 (Penta3) varía según las fuentes, como puede apreciarse en el gráfico 22. Si bien las fuentes administrativas del MSPBS señalan una cobertura de alrededor del 75%, las medidas por las encuestas nacionales de demografía y salud, por una encuesta nacional de inmunización realizada por la DGEEC en 2011 y las estimaciones realizadas por Unicef y OMS sugieren que la tendencia al alza se ha mantenido, lográndose coberturas mayores a 90% en los últimos años.

Esta discrepancia se debe a que los denominadores usados por el MSPBS, incluyendo los usados por el Programa Ampliado de Inmunizaciones para calcular coberturas administrativas, provienen de las proyecciones del censo

<sup>220</sup> Unicef: *Niñez indígena y escuela en Paraguay: un desafío pendiente*. Asunción, 2008.

<sup>221</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión*. Asunción, 2011.

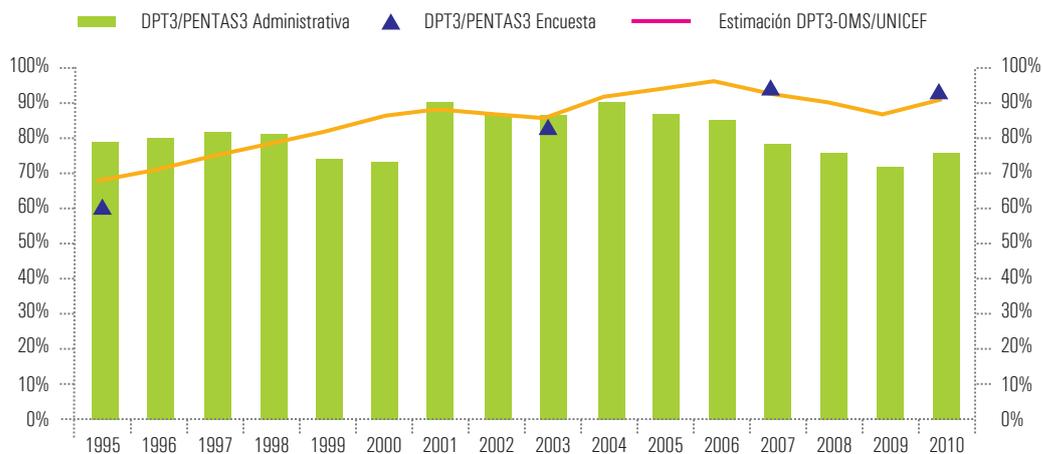
<sup>222</sup> De un total de 620 comunidades indígenas, 550 comunidades y aldeas, por medio de 164 equipos de salud de la familia itinerantes y fijos.

<sup>223</sup> MSPBS, Departamento de Bioestadística: *Informe de morbilidad*. Asunción, 2009.

<sup>224</sup> La inmunización contra el neumococo tendrá un alto impacto en la morbimortalidad de niños y niñas al evitar las formas graves de la enfermedad y las secuelas a largo plazo que provocan las otitis y meningitis. De acuerdo con datos del sistema de información en salud, se estima que en el país se presentan cada año alrededor de 790 casos de neumonías graves y más de 160 casos de meningitis por neumococo (OPS/MSPBS: *Evaluación internacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Paraguay. Inmunización Integral de la Familia*. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Asunción, 2011).

<sup>225</sup> *Ibidem*.

**GRÁFICO 22: COBERTURAS DE VACUNACIÓN DPT/PENTAVALENTES3 SEGÚN FUENTE. PARAGUAY, 1995-2010**



Fuente: OPS/MSPBS: Evaluación internacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones de Paraguay. Inmunización Integral de la Familia. Área de Salud Familiar y Comunitaria. Asunción, 2011.

de 2002, situación que deberá constatarse y regularizarse con los datos a estar disponibles con el censo de 2012 recientemente realizado.

Por otro lado, se mantiene la erradicación de la poliomielitis y la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita<sup>226</sup>.

<sup>226</sup> Ibidem.

## MARCO LEGISLATIVO INTERNACIONAL

En el marco del Sistema Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Estado paraguayo ha ratificado numerosos instrumentos que lo comprometen a garantizar el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, y éstos han sido incorporados al marco normativo nacional.

En este contexto, se señala que el Estado paraguayo particularmente ratificó instrumentos que lo comprometen a garantizar el derecho a la alimentación<sup>227</sup> y a la salud sexual y reproductiva<sup>228</sup>.

El derecho a la alimentación implica acceso universal a alimentos inocuos y nutritivos, respeto a las preferencias alimentarias de acuerdo a la cultura y tradición de la sociedad, capacidad de producción y disponibilidad suficiente de alimentos, producción de alimentos ambientalmente sostenibles y existencia de alimentos básicos a costos accesibles.

Por su parte, el concepto de derechos sexuales y reproductivos está ligado al conjunto de derechos humanos e implica una concepción más amplia de ciudadanía, se vincula con el derecho a la salud, a la libertad individual, a la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, de opinión y expresión, a la información y educación, a la decisión de formar o no una familia, a vivir libre de maltrato y al acceso a los beneficios del progreso científico, entre otros<sup>229</sup>.

<sup>227</sup> Existen numerosos tratados y declaraciones internacionales incorporados al marco normativo de Paraguay que afirman este derecho, como la Declaración de Alma Ata; la Declaración de Innocenti sobre protección, fomento y apoyo a la lactancia materna; la Cumbre Mundial a favor de la Infancia; la Conferencia de malnutrición por carencia de micronutrientes; la Conferencia Internacional de Nutrición, que propone establecer el Decenio Internacional de la Alimentación y Nutrición; el compromiso de reducción de la población en situación de inseguridad alimentaria asumido por más de 170 países en la Cumbre Mundial de la Alimentación de Roma; la Declaración de Objetivos del Milenio, cuyo primer objetivo de desarrollo es la reducción del hambre a la mitad en el mundo; la Cumbre Mundial contra el Hambre, que estableció como objetivo dar seguimiento a las metas de la Cumbre Mundial de la Alimentación, especialmente la de reducir antes de 2015 el número de personas afectadas por el hambre.

<sup>228</sup> Existen numerosos tratados, declaraciones y estrategias internacionales incorporados al marco normativo y operativo de Paraguay que consagran este derecho, como la Cumbre Mundial de Educación para Todos; la Cumbre Mun-

## EL CONTEXTO NORMATIVO, POLÍTICO E INSTITUCIONAL DE LA SALUD



Especial atención merecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estas metas globales son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 189 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para el año 2015.

**El objetivo 4** tiene como meta reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. **El objetivo 5**, a su vez, tiene como metas reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. **El objetivo 6** tiene como metas haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida en 2015; lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten y haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

## MARCO LEGISLATIVO NACIONAL



Además, en sus artículos 4-6, 49-54, 69, 72 y 73 reconoce el derecho a la alimentación, y en su artículo 61 sobre la planificación familiar y la salud materno-infantil reconoce el derecho de las personas "a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia" y que el Estado debe implementar "planes especiales de salud reproductiva y salud materno-infantil para la población de escasos recursos".

Como se ha mencionado, el principal instrumento legal que profundiza los mandatos constitu-

cionales relacionados con el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes es el **Código de la Niñez y la Adolescencia** (ley 1680/01).

En su artículo 14, este código garantiza el derecho a la información, la educación sexual y la salud sexual y reproductiva de niños, niñas y adolescentes. Asimismo, dispone la obligación del Estado de contar con servicios y programas de educación sexual acordes al desarrollo de niñas, niños y adolescentes, a su cultura y a sus valores familiares. En el mismo artículo se establece que los servicios para adolescentes deben contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad.

El mencionado código también establece, en su artículo 11, la obligación de prestar atención médica a cualquier mujer embarazada que requiera ser atendida, en la institución de salud más cercana del lugar donde se encuentre, y que la insolencia y la urgencia del caso no implicarán discriminación en cuanto a su cuidado y asistencia en relación con los demás pacientes.

Complementariamente a lo ya mencionado, el Estado paraguayo ha sancionado un conjunto de otras leyes, decretos y reglamentaciones que atañen a la salud de niños, niñas y adolescentes, que a continuación se mencionan por orden cronológico.

El Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que tiene como marco legal al decreto presidencial nº 16.525/93.

El Código Laboral - ley nº 213 del 29 de octubre de 1993 establece que, en el periodo de lactancia, las madres trabajadoras tienen dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos. Igualmente, establece que el periodo de permiso por maternidad se extiende durante 12 semanas y

dial para el Desarrollo Social; la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; la Declaración Ministerial "Prevenir con educación"; el Convenio de Monterrey para la reducción global de la pobreza, la disminución de la mortalidad infantil y la lucha contra el sida; el Consenso de Copenhague; la Declaración del Milenio; la Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención de Belén do Para, entre otros.

<sup>229</sup> World Health Organization: *Health, population and development. Position paper for the International Conference on Population and Development, Cairo, 1994.* WHO/FHE/94.2. Geneva.

La Constitución Nacional reconoce el derecho a la salud de la población en su artículo 68.



que la mujer no podrá ser despedida mientras esté embarazada o durante su permiso de maternidad. Con respecto al permiso por paternidad, éste consiste en tan sólo tres días.

El decreto 20.830/98 que declara obligatorio el enriquecimiento de la harina de trigo con hierro y vitaminas del complejo B.

La ley 1443/99 que crea el sistema de complemento nutricional y control sanitario en las escuelas.

El decreto N° 359/99 por el cual se reglamenta el artículo 182 del Código Sanitario y se establece que toda la sal importada para consumo humano, animal e industrial alimenticio deberá estar yodada.

La Ley 1600/00 contra la Violencia Doméstica fija normas de protección para toda persona que sufra lesiones, maltratos físicos, psíquicos o sexuales en este ámbito.

La ley 2138/03 que crea el Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental, producido por el hipotiroidismo congénito y de fenilcetonuria, promoviendo el cuidado de la salud materna e infantil.

La ley 2310/03 "De protección infantil contra las enfermedades inmunoprevenibles". A partir de la resolución SG n° 613/99, el Programa Ampliado de Inmunizaciones se incorpora

al Presupuesto General de la Nación con dicha denominación y con un presupuesto separado e identificable.

La Ley 3940/09 Nacional de Sida establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por esta pandemia. Tiene como objetivos garantizar el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos en el tratamiento de las personas que viven y son afectadas por el VIH/sida y establecer las medidas preventivas para evitar su transmisión.

La ley 4313/11 contempla en el Presupuesto General de la Nación la financiación necesaria para la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y de aprovisionamiento del kit de partos del MSPBS<sup>230</sup>.

La ley 4698/12 "De garantía nutricional en la primera infancia" formaliza el Programa Alimentario Nutricional Integral y enfoca sus intervenciones específicamente en la niñez y en las mujeres embarazadas con la finalidad de "garantizar la prevención, asistencia y control de la desnutrición o cualquier situación de vulnerabilidad nutricional". Establece que las personas beneficiarias recibirán mensualmente y en forma gratuita un complemento nutricional. También prevé la asistencia al entorno familiar en cuestiones relacionadas con buenas prácticas alimentarias y de crianza.

<sup>230</sup> Es de destacar que en el mencionado kit también se contempla lo necesario para resolver las urgencias del recién nacido/a en salas de parto.

La Ley 4621/12 Nacional de Vacunas, que tiene por objetivo garantizar la protección de todos los habitantes de la República contra enfermedades inmunoprevenibles a través de la vacunación y de acuerdo con el esquema nacional de vacunación establecido por el MSPBS.



## MARCO NORMATIVO: EL ESTADO COMO GARANTE DEL DERECHO A LA SALUD

En el plano de las políticas y programas del Estado, en los últimos años el gobierno ha adoptado diversas decisiones y acciones con un enfoque social, cuyo propósito es garantizar el derecho a la salud de la población en general, y de la niñez y la adolescencia en particular, abordando los determinantes sociales de la salud y de la enfermedad.

La Política pública para el desarrollo social Paraguay para todos y todas (2010-2020) en su primer eje estratégico se refiere a la calidad de vida para todos y todas y propone como uno de los objetivos el funcionamiento efectivo de un sistema nacional de salud que sea único, universal, integral, incluyente y solidario, con equidad y participación social.

Las acciones de las USF se articulan con las de otros dos programas existentes, que son Tekoporã y Abrazo, los cuales también promueven el ejercicio efectivo de los derechos a la salud de la niñez y la adolescencia.

En la Política de Población, la temática de salud es abordada en una de las estrategias: el seguimiento y la evaluación de la Política de Salud Integral de la Mujer y de los planes nacionales de salud sexual y reproductiva, la asistencia

integral a la adolescencia y la niñez en lo referente a reducción de la mortalidad materna e infantil, el mayor nivel de atención al embarazo y parto calificado y la satisfacción de la demanda de planificación familiar.

En el área de capital humano y social de la Política de Población se destaca la estrategia de salud, igualdad de género y seguridad social.

La Política Nacional de Niñez y Adolescencia (Polna) representa un marco general para encaminar las acciones dirigidas a la niñez y la adolescencia, cuyo objetivo es asegurarles el desarrollo integral, así como el ejercicio efectivo y disfrute pleno de sus derechos. Igualmente, el **Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia** (PNDIPI)<sup>231</sup> busca garantizar que los niños y niñas de 0 a 8 años de edad accedan integralmente a sus derechos en general, y a la salud en particular.

En lo que respecta a políticas y programas relativos específicamente al sector de la salud, las **Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad del Paraguay 2008-2013** tienen como propuestas garantizar el derecho a la salud, dar cumplimiento al marco legal vigente, terminar con la inequidad en el acceso a la atención médica y el gasto obligado de bolsillo, superar políticas focalizadas, implementar la atención primaria a la salud como eje articulador de un único sistema nacional de salud y promover la autonomía y la participación ciudadana.

La estrategia promocional se estructura según ciclos de vida: para la niñez y la adolescencia se lleva a cabo con el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015 y el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015, aún en vigencia.

<sup>231</sup> El plan fue concebido y elaborado intersectorialmente por el MSPBS, el MEC y la SNNA con apoyo de Unicef. Su diseño se realizó con participación de organizaciones de la sociedad civil, municipios, gobernaciones, familias, niños, niñas y adolescentes.

En este marco, se establece como programa emblemático de protección social, entre otros, al de las Unidades de Salud de la Familia (USF), concebidas como principales dispositivos para la instalación de un modelo de atención primaria a la salud.



Estos planes conceptualizan la salud integral considerando su triple dimensión bio-psico-social y hacen énfasis en la promoción y prevención, organizando las tareas y actividades en un trabajo multi e interdisciplinario, intersectorial y participativo. Asimismo, elaboran, seleccionan e incluyen programas, subprogramas, estrategias y proyectos según los distintos y sucesivos ciclos de vida (mujer embarazada, recién nacido/a, lactantes, niño, niña y adolescente).

Estos planes nacionales promocionales<sup>232</sup> y los programas y proyectos que abarcan y atañen directamente a la salud de la niñez y la adolescencia han sido sometidos a una evaluación de proceso a mitad de su periodo de implementación<sup>233</sup>. A junio del año 2012, ambos planes han avanzado según lo establecido, han cumplido varios indicadores y muchas de las metas propuestas en cada área estratégica. De igual manera, las actividades planificadas se están realizando según cronogramas establecidos en los planes de la Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia<sup>234</sup>.

## MARCO INSTITUCIONAL Y FUNCIONAL DEL SECTOR: NO EXISTE UN SISTEMA ÚNICO DE SALUD

El órgano rector de la salud pública es el MSPBS, creado en 1936<sup>235</sup>. Sesenta años después de su creación, en 1996, se establece el Sistema Nacional de Salud (SNS) por ley 1032. El SNS tiene por objetivo distribuir de manera equitativa y justa los recursos nacionales en el sector, trazando conexiones inter e intrasectoriales concertadas e incorporando a todas las instituciones involucradas en la salud. Además, busca consolidar la participación a través de consejos nacionales, regionales y locales.

El SNS está integrado por los sectores público, privado, mixto, de las universidades y seguros de salud. Según la ley 1032/96, las instituciones que integran al SNS se estructuran bajo dos regímenes: las integradas o incorporadas y las adscriptas o coordinadas. Las primeras funcionan bajo el derecho público y las segundas, bajo el derecho privado<sup>236</sup>. La Superinten-

<sup>232</sup> Plan nacional de promoción de la calidad de vida y salud con equidad de la niñez 2010-2015 y Plan nacional de promoción de la calidad de vida y salud con equidad de la adolescencia 2010-2015.

<sup>233</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Dirección de Salud Integral de Niñez y Adolescencia*. Junio de 2008-junio de 2012 (documento inédito).

<sup>234</sup> MSPBS: *Plan estratégico institucional 2010-2013, Plan operativo anual 2010, Plan operativo anual 2011 y Plan operativo anual 2012*.

<sup>235</sup> Ley orgánica del MSPBS, decreto-ley 2001/1936. Organización y administración del servicio sanitario de la República del Paraguay para promover la salubridad general y proveer asistencia sanitaria a la población de todo el país. Posteriormente se reestructura por medio del decreto Nº 4674/99.

<sup>236</sup> El sector público está representado por la administración central, conformada por el MSPBS; las sanidades militar, policial y de la Armada; por una administración descentralizada que incluye al IPS; la Universidad Nacional de Asunción con el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil; y las gobernaciones y municipios, a través de los consejos regionales y consejos locales de salud. Por su parte, el sector privado participa en el SNS con entidades sin fines de lucro y entidades con fines de lucro (medicina prepaga y proveedores privados). Por último, el SNS incluye a la Cruz Roja Paraguaya, que es una entidad mixta.

dencia de Salud es responsable de la regulación del sector privado.

El 95% de la población es atendida por el MSPBS y el Instituto de Previsión Social (IPS)<sup>237</sup>. Sólo una de cada cuatro personas cuenta con algún tipo de seguro (tabla 3).

**TABLA 3: PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN NIVEL SOCIOECONÓMICO Y CONDICIÓN DE SEGURO, 2011**

TENENCIA DE SEGURO MÉDICO (%)	TOTAL	POBRE	NO POBRE
Sin seguro explícito	74,4	91,3	66,3
Con seguro explícito	25,6	8,7	33,7

Fuente: DGEEC. Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso – EPH 2010. Asunción.

La población que cuenta con seguro explícito, a su vez, se divide según cuente con IPS (17,8%); con seguro privado (6,4%); o con sanidad militar o policial (1,3%)<sup>238</sup>.

A pesar de su promulgación, la implementación de la ley 1032<sup>239</sup> y la constitución y funcionamiento del SNS son aún incipientes.

La ley 1032/96 contempla la creación de consejos en tres niveles de organización: nacional, regional y local. Los consejos tienen como objetivos impulsar el SNS mediante la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional, regional y local, en directa relación con las prioridades detectadas en las diversas áreas de acción sanitaria, y asegurar a toda la población la atención integral y solidaria en calidad y equidad; participar en la formulación de los lineamientos de la política y estrategia nacional, regional y local de salud; evaluar periódicamente la aplicación de la política y estrategia nacional, regional y local de salud y formular

las recomendaciones pertinentes; realizar, en niveles e instancias pertinentes, propuestas para que los demás sectores del país adecuen sus actividades a la política y estrategia nacional de salud y bienestar social; y fiscalizar el cumplimiento del plan nacional de salud y su ejecución presupuestaria.

En el marco de la reforma sectorial para la implementación de la ley 1032/96, se definió la organización y características de los servicios de salud<sup>240</sup>, estableciéndose incluso un nivel primario de atención<sup>241</sup> como primer escalón en el sistema regionalizado del servicio de salud. Sin embargo, el modelo que estructuró a la institución rectora, MSPBS, responde a una lógica excluyente, con una atención desintegrada, un enorme número de centros y puestos de salud de muy poca capacidad resolutive y una atención para la enfermedad congestionada y centralizada en hospitales ubicados en las capitales departamentales, poco accesibles a población rural e indígena.

<sup>237</sup> El MSPBS administra un total de 1028 establecimientos de salud, de los cuales 354 cuentan con capacidad para internación con un total de 5371 camas. Por su parte, el IPS tiene 78 establecimientos, de los cuales 41 cuentan con internación. Entre ambas instituciones suman 6156 camas disponibles, alcanzando de este modo una tasa de una cama por cada 1000 habitantes (Guillén, Cristina: *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y la equidad*. Asunción, 2011, disponible en <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2012]).

<sup>238</sup> DGEEC. *Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso – EPH 2011*. Asunción.

<sup>239</sup> MSPBS. Nueva organización funcional. Decreto n° 21.376/98. Paraguay, 1998. Resolución SG n° 463, por la cual se aprueba el documento "Organización de los servicios de salud en el marco de la reforma sectorial", 1998.

<sup>240</sup> *Ibidem*.

<sup>241</sup> La ley 1032, en su artículo 8, inciso f, dicta la implementación de estrategias y programas de atención primaria de la salud como base fundamental de extensión de cobertura a toda la población urbana y rural.

El Sistema Nacional de Salud no funciona como un sistema y sus componentes trabajan como subsistemas independientes y fragmentados, con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión.



De igual manera, los programas dentro de la institución se hallan fragmentados y poco estructurados con los servicios, lo que resulta en una duplicación de esfuerzos y acciones poco efectivas, ausentes o superpuestas.

Otra característica del sector es que las instituciones que lo conforman presentan estructuras organizacionales complejas y poco funcionales, bajas ejecuciones presupuestarias y una modalidad de gestión excesivamente burocrática<sup>242</sup>.

En cuanto a los recursos financieros, Paraguay sigue siendo uno de los países de la región con menor inversión en salud considerando la inversión per cápita y la proporción que representa con relación al producto interno bruto<sup>243</sup>, como se verá más adelante.

## PRINCIPALES RESPUESTAS DEL SECTOR SALUD

### a. GRATUIDAD UNIVERSAL Y PROGRESIVA

Para hacer efectivo el derecho a la salud sin exclusiones, desde el año 2008 se fueron eliminando los copagos de manera progresiva.

Se empezó con la liberación de aranceles para las consultas externas en septiembre de 2008; luego, con la liberación de los costos de internaciones hospitalarias, en octubre de 2008; y, finalmente, en diciembre de 2009 se decreta la abolición completa de los copagos en los servicios públicos de salud.

Así, de manera progresiva se eliminó el pago de aranceles para todas las prestaciones médicas, oftalmológicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancias en todos los establecimientos de salud dependientes de la cartera sanitaria (internación en salas, pensiones y terapia intensiva, curaciones, nebulizaciones, incubadoras, luminoterapia y oxígeno, cirugías de las más simples a las más complejas, anestesia, estudios auxiliares de diagnóstico). Además, se dispuso de un listado de más de 400 medicamentos que deben estar disponibles de manera gratuita, entre ellos, drogas para el cáncer, vacunas contra el rotavirus, antirretrovirales, gases anestésicos, antibióticos de amplio espectro.

La gratuidad así establecida por sucesivas resoluciones ministeriales establece que todo lo que se dispone en los servicios de salud del MSPBS queda a disposición de la población de manera gratuita. Esta medida tuvo ciertos cuestionamientos en cuanto a la sostenibilidad del sistema, lo cual fue fácilmente rebatido al demostrar que lo recaudado por el MSPBS con el cobro de aranceles representaba el

<sup>242</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Primer año de gestión (agosto de 2008 a agosto de 2009)*. Asunción, 2009.

<sup>243</sup> Rodríguez, José Carlos: *Análisis del sistema tributario en el Paraguay y potencial de recaudación*. Asunción, 2011.

0,57% de su presupuesto y que sólo estaba sirviendo para mantener una lógica prebendaria y clientelista (la mayor parte de los costos nuevamente eran exonerados por servicio social)<sup>244</sup>.

El otro cuestionamiento provenía de la misma población al percatarse que si bien se declaraba la gratuidad, tenía que seguir comprando medicamentos e insumos en ciertas circunstancias. Ello se debe a que aquello que se dispone en los servicios de salud, el MSPBS no da abasto para las necesidades de la población, más aun considerando el aumento considerable de personas que ingresan al sistema por primera vez con las Unidades de Salud de la Familia (USF). Sólo para cubrir las necesidades estimadas en medicamentos para toda la población se ha detectado una brecha de 500 mil millones de guaraníes<sup>245</sup>. Para continuar con la lógica de la gratuidad se debe invertir más en salud.

No obstante estas limitaciones, con esta medida se incrementó el porcentaje de personas que se atienden en los servicios públicos y disminuyó significativamente el gasto de bolsillo que las familias deben hacer para ser atendidas y para recuperar su salud: desde 68% en 2008 a 52% en 2011<sup>246</sup>. Por ende, disminuyó la barrera económica de acceso de la población a la salud.

Como la población de menor ingreso destina un mayor porcentaje al gasto en salud que la población de mayor ingreso, la abolición completa de los copagos en los servicios de salud ha significado una acción importante para combatir la inequidad. En efecto, mientras que en promedio en 2010 las familias paraguayas destinan el 4% de su ingreso total a gastos en salud, los hogares pertenecientes al quintil de la población con menor ingreso destinan el

10% de sus ingresos y los del quintil de mayor ingreso destinan el 2%<sup>247</sup>.

## **b. IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)**

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata define a la APS como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La APS es parte integrante del SNS, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”<sup>248</sup>.

La estrategia de APS tiene dos componentes fundamentales: el programático y el estratégico. El primero está en relación con los problemas sustantivos sobre los que se debe actuar con prioridad (educación sobre la salud, agua, alimentos, saneamiento ambiental, asistencia médica, inmunizaciones, entre otros). El componente estratégico está en relación con la articulación sectorial, la adecuación de los recursos humanos, la participación comunitaria, la reorientación del financiamiento sectorial, la tecnología apropiada y la programación integrada por necesidades<sup>249</sup>.

<sup>244</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía: Salud pública gratuita, 16 meses de gestión*. Asunción, 2009.

<sup>245</sup> *Ibidem*.

<sup>246</sup> DGEEC: *Encuesta permanente de hogares*. Asunción, 2011.

<sup>247</sup> Banco Mundial: *Estudio de visión de medio y largo término del sector salud paraguayo: Construyendo un futuro saludable*. Asunción, 2012.

<sup>248</sup> Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Septiembre, 1978.

<sup>249</sup> *Ibidem*.

La APS es un factor de redistribución de los servicios de salud, y por ende clave para superar las brechas inequitativas que hacen que ciertos grupos de niños, niñas y adolescentes se enfermen y mueran más que otros.



A partir del año 2008, el MSPBS implementa la **APS como eje articulador del SNS**<sup>250</sup> e inicia la instalación progresiva de las USF.

Las USF son los establecimientos de salud donde se desarrolla la atención primaria y ambulatoria más próxima de la comunidad. En cada USF presta atención un Equipo de Salud de la Familia (ESF) o varios. El ESF debe estar constituido al menos por un médico/a, un/a licenciado/a en enfermería u obstetricia, un/a auxiliar de enfermería, agentes comunitarios de salud (uno por cada 700 habitantes) y un/a auxiliar en administración. Cada USF abarca entre 3500 y 5000 personas, a quienes se debe garantizar su vinculación con el resto de los servicios de salud para que puedan recibir respuesta en aquellos casos que se requiera atención de mayor complejidad.

El desarrollo de la estrategia de APS y la implementación progresiva de USF tienen un enorme valor para mejorar la salud de la población y lograr la autonomía de las personas. Durante años, la asignación de recursos se ha concentrado en los servicios curativos, que son muy costosos, y a partir del año 2008 se inicia la implementación de la estrategia APS, ofreciendo actividades de prevención primaria y promoción de la salud, para alcanzar a prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad. Además, con las USF se puede adoptar un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias aten-

didias, superando la excesiva especialización y focalización de programas.

La implementación de la estrategia de APS se inició con la instalación de las USF. Ésta se inicia en 2008 desde cero y llega a 2011 a 704 USF en 234 distritos del país, con una población total asignada de aproximadamente 2.467.500 personas<sup>251</sup>.

Las USF fueron instaladas prioritariamente en aquellos lugares con mayores índices de pobreza del país, registrándose desde el año 2007 a 2010 un crecimiento del 84,7% entre las personas enfermas (quintil más pobre) del área rural que consultaron<sup>252</sup>.

Entre enero y junio de 2011, se atendió en las USF al 35% de personas atendidas del total que acudió al MSPBS<sup>253</sup>. Es de destacar que el presupuesto destinado a las USF es el 7% del total del presupuesto del ministerio.

Dentro del componente estratégico de las APS fueron promovidos más de 15.000 "aty guasu" (en guaraní, grandes reuniones) en los 18 departamentos, como espacios públicos abiertos (audiencias públicas, reuniones temáticas, rendición de cuentas, clubes de embarazadas, de madres, de personas hipertensas, de personas diabéticas, de adultos mayores).

<sup>250</sup> Resolución SG nº 613/12.

<sup>251</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía, tercer año de gestión*. Asunción, 2011.

<sup>252</sup> DGEEC: *Encuesta permanente de hogares*. Asunción, 2010.

<sup>253</sup> De acuerdo a indicadores de eficiencia de las USF instaladas y que se reportan semestralmente al Ministerio de Hacienda en el marco de la implementación y seguimiento de la gestión por resultados.

Las USF están realizando trabajos de atención, promoción, prevención y rehabilitación. En este contexto, se destaca que en las USF se está implementando la realización de las pruebas rápidas, tanto para VIH como para sífilis y el seguimiento de los casos detectados, en estrecha articulación con el servicio de salud del que dependen. Esto ha hecho posible alcanzar a las poblaciones que no tienen acceso a un servicio de salud cercano a sus comunidades. Los profesionales que conforman las USF acompañan a las mujeres embarazadas que viven con VIH hasta los servicios especializados, para garantizar la aplicación del protocolo establecido en las normas. En los casos de sífilis, las embarazadas son tratadas en la mismas USF.

### c. RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

La fragmentación y segmentación del SNS requiere una integración progresiva y por etapas de todos los servicios de salud, tanto del sector público como privado.

Esta integración debe darse superando la fragmentación que existe entre los servicios de salud y pasando a su articulación en red. De esta manera, se podrá brindar un continuo de atención que dé respuesta a todas las necesidades de salud de la población y a lo largo de todos sus ciclos de vida.

Con este objetivo se implementó la **RISS**<sup>254</sup>, que incluye en su primer momento tanto la articulación de los servicios del MSPBS entre sí como con los de IPS<sup>255</sup>.

La RISS está constituida por distintas instancias de atención con niveles progresivos de

complejidad. Las USF, al estar cerca de las personas y ofrecer la atención inicial y primaria, deberán constituirse progresivamente en las puertas de entrada para acceder al sistema en red. Es de esperar que el 70% de los problemas de salud se resuelvan en esta instancia y que progresivamente los servicios de mayor complejidad vayan descongestionándose.

Las otras instancias que constituyen la red son los centros ambulatorios de especialidades; la atención de urgencias y la atención hospitalaria básica y especializada. Además, la red está compuesta por instancias de atención complementaria (vigilancia, medios auxiliares de diagnóstico, rehabilitación). Con la conexión entre estos servicios de distinta complejidad a través de un sistema de regulación médica, comunicación y transporte, se deben atender y resolver los problemas de salud, tanto individuales como colectivos, desde los más simples a los más complejos<sup>256</sup>.

El desarrollo de la RISS se inició con la instalación progresiva de USF; el desarrollo y fortalecimiento de centros ambulatorios de especialidades<sup>257</sup>; de las urgencias y de hospitales básicos y especializados, incrementándose en 175% el número de camas en terapia intensiva neonatal y pediátrica<sup>258</sup>.

Igualmente, se inició el desarrollo de lo que hace a la logística. En cuanto a la información, se inicia un sistema de información estratégica; se elaboran y desarrollan herramientas técnicas para la aplicación de un expediente clínico unificado y consensuado que contempla datos desagregados por género, etnia y discapacidad. Igualmente, el expediente clínico contempla la notificación obligatoria de ca-

<sup>254</sup> La RISS inicia su desarrollo junto con la implementación de la estrategia promocional y se oficializa con la resolución SG n° 613/12.

<sup>255</sup> Decreto n° 7833 "Por el cual se autoriza la implementación de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), mediante las redes sanitarias del MSPBS y el IPS", 1 de diciembre de 2011.

<sup>256</sup> Resolución SG n° 613/12.

<sup>257</sup> En lo que respecta a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad o problemas de salud mental, si bien se habilitaron centros especializados y se iniciaron acciones para abrir servicios de intervención temprana, aún la brecha sigue siendo grande para dar respuesta a sus necesidades. Centro día de rehabilitación para niños y niñas con trastornos generalizados del desarrollo (espectro autista). Se inició la capacitación de personal de salud para la apertura de servicios de atención temprana y se fortaleció el Centro de Desintoxicación para Adolescentes (MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión*. Asunción, 2011).

<sup>258</sup> MSPBS: *Informe de gestión. Pacto por la salud: petei ñe'ême jaikopa haguã*. Asunción, 2011.

La fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud requiere una integración progresiva y por etapas de todos los servicios, tanto del sector público como privado.



sos de abuso sexual y violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar y el registro de niños, niñas y adolescentes trabajadores<sup>259</sup>.

En cuanto a la logística de medicamentos, se establece una regulación sobre medicamentos genéricos, que implicó la explicitación de un listado específico, la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales. Ésta contempla los medicamentos e insumos necesarios tanto para la aplicación de la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia en el nivel primario de atención como los contemplados en el “Manual de atención neonatal para la atención especializada y los requeridos para niños, niñas y adolescentes”. La lista de medicamentos esenciales permitió precisar, delimitar y priorizar los medicamentos básicos necesarios, según las complejidades de los servicios. Además, se establece un nuevo sistema en adquisición de insumos y medicamentos mediante la sistematización de procesos, codificaciones uniformes, centralización de compras para lograr escala y generación de plataformas informáticas como las subastas electrónicas. Se mejora también el sistema de distribución<sup>260</sup>.

#### d. DESCENTRALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN

A partir del año 2008, se inició un proceso de transferencia de fondos a los municipios, los llamados Fondos de Equidad para la Descen-

tralización. Éstos son financiados por el presupuesto anual del MSPBS e introducen un factor de equidad en la distribución de los recursos, pues sustituyen el financiamiento de los consejos vía cobro de aranceles o copagos que eran cobrados en los servicios de salud para integrar los recursos del Tesoro Nacional<sup>261</sup>.

Así, estos fondos distribuyen los recursos presupuestarios a los consejos de salud para el sostenimiento de los servicios locales y regionales de salud. El proyecto contempla que, además de las partidas presupuestarias correspondientes al MSPBS, estos fondos deberían contar con aportes de las municipalidades y gobernaciones.

Estas transferencias a los municipios representaron en el año 2010 el 1,6% del presupuesto del MSPBS<sup>262</sup>.

Al mismo tiempo, se inició un aumento progresivo de la constitución y funcionamiento de Consejos Regionales y Locales de Salud. A agosto del año 2008 existían 32 Consejos Locales y un Consejo Regional (el 13% de los distritos del país). A junio del año 2012 se cuenta con 224 Consejos de Salud, 211 Consejos Locales de Salud y 13 Consejos Regionales de Salud (87% de los distritos del país)<sup>263</sup>.

Con la instalación y aumento de los consejos de salud, se inicia además un proceso de trans-

<sup>259</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión*. Asunción, 2011.

<sup>260</sup> *Ibidem*.

<sup>261</sup> Banco Mundial: *Estudio de visión de medio y largo término del sector salud paraguayo: construyendo un futuro saludable*. Asunción, 2012.

<sup>262</sup> *Ibidem*.

<sup>263</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión*. Asunción, 2011.

parencia y rendición de cuentas a la ciudadanía. A partir del año 2009 se realizaron **rendiciones de cuenta** por cada año de gestión a nivel nacional, regional y local<sup>264</sup>.

En cuanto a la **participación**, se desarrolla en varios ámbitos y niveles de concertación. A nivel comunitario, con la realización de las **asambleas comunitarias o "aty guasu"** impulsadas en los territorios sociales por los Equipos de Salud de la Familia. Se han realizado además asambleas participativas con niños, niñas y adolescentes para la validación de los planes nacionales para la calidad de vida y salud con equidad de la niñez y de la adolescencia 2010-2015. Estas asambleas consideraron la participación de poblaciones de niños, niñas y adolescentes con diferentes características<sup>265</sup> y se realizaron en articulación con la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República en el contexto de los "aty nemonguetara" (en guaraní, reuniones para hablar)<sup>266</sup>.

#### e. DESARROLLO INSTITUCIONAL Y DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN SALUD

Se elaboró una propuesta de reforma estructural del MSPBS y se iniciaron acciones para dar transversalidad a los programas segmentados y atomizados, integrándolos a los servicios de salud<sup>267</sup>.

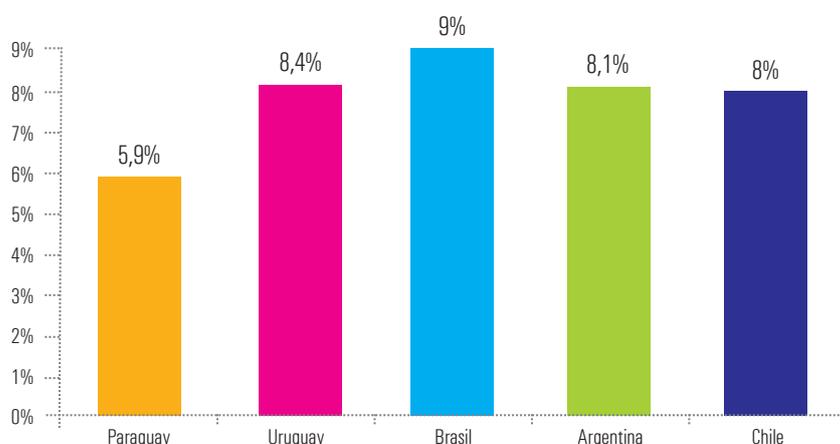
Se inició la modernización de la gestión para lograr la eficiencia de los procesos y la ejecución presupuestaria con calidad en el gasto. Se incorporaron herramientas para la transparencia y optimización de la gestión y se impulsó el control interno.

En los últimos años se han destinado mayores gastos a servicios no personales, inversiones físicas y bienes de consumo e insumos al distribuir el presupuesto de salud según los objetos de gastos. Por otro lado, a partir de 2008 se han realizado concursos públicos internos y externos<sup>268</sup> y se han mejorado las condiciones laborales del personal de salud<sup>269</sup>.

#### f. INVERSIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA EN SALUD

Si bien el presupuesto en cuanto a **programas de inversión** social ha tenido un incremento importante, sobre todo en los últimos cuatro años, y si bien la inversión en salud aumentó 501% en los últimos 12 años, la inversión social sigue siendo deficitaria<sup>270</sup>. La **brecha** es muy grande comparando la participación del gasto en salud sobre el PIB que realiza Paraguay en relación a países vecinos<sup>271</sup> (gráfico 22).

GRÁFICO 23: PARTICIPACIÓN DEL GASTO EN SALUD SOBRE EL PIB DE PARAGUAY Y PAÍSES VECINOS, 2011

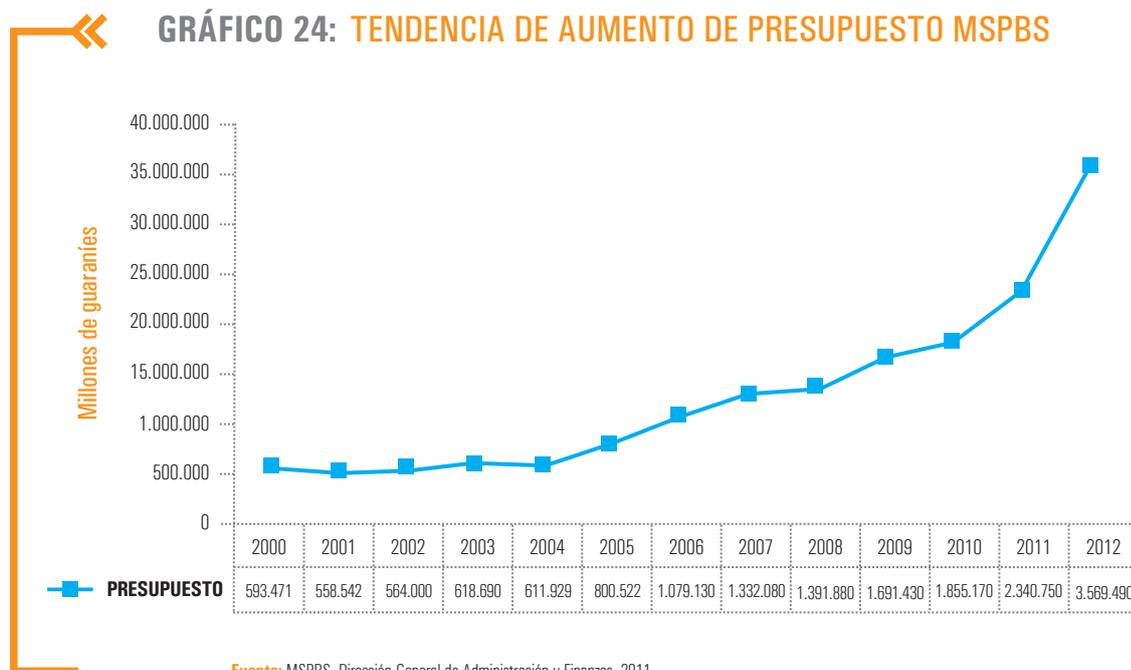


<sup>264</sup> Ibidem.

<sup>265</sup> En Encarnación, Itapúa, con adolescentes en contexto de frontera; en Pozo Colorado, Presidente Hayes, con niños, niñas y adolescentes institucionalizados; y en Villa Elisa, Central, con adolescentes urbanos escolarizados. Además,

A pesar de ser baja, la inversión pública en salud ha mostrado un importante aumento a lo largo del periodo 2003-2011, tanto en lo que respecta al presupuesto del MSPBS como al de IPS. El presupuesto público expresado en valores constantes se cuadruplicó. La inversión pasa de 127 millones de dólares en 2003 a 737

millones en 2011. En términos per cápita se quintuplica al pasar de 22 dólares en 2003 a 116 dólares en 2011. La inversión pública en salud como porcentaje del producto pasó de representar el 2,4% del PIB en 2008 al 4% en 2011<sup>272</sup>.



Así, el aumento progresivo del porcentaje del gasto público en salud sobre el total nacional en salud y del gasto público en salud como porcentaje del PIB evidencia la prioridad fiscal del sector salud en el gasto público. En contrapartida, el gasto privado en salud como expresión

del PIB presentó una tendencia decreciente. Tal evolución es un indicio de la disminución del gasto de bolsillo de las familias, mediante la declaración de gratuidad para todos los servicios del MSPBS, desde el año 2009<sup>273</sup>.

se realizó un "aty guasu" con niños, niñas y adolescentes trabajadores, indígenas, en situación de calle y escolares.

<sup>266</sup> Guillén, Cristina, Gómez, Carmen: "Diagnóstico de situación de salud", en: *Propuesta de salud. Comisión Pro Enep. Equipo Nacional Estrategia País*. Asunción, 2012.

<sup>267</sup> Con la asesoría técnica de la Secretaría de la Función Pública, en el marco del Programa de Cooperación Técnica SFP/ MSP/GEAM-Usaid – Proyecto Promoción del Servicio Civil.

<sup>268</sup> Desde entonces y hasta diciembre del año 2011 se han realizado 110 concursos públicos e internos; se ha seleccionado a 2607 profesionales; 5755 funcionarios de salud han sido promocionados a planilla permanente; 80% de los funcionarios/as ha sido nivelado en sus salarios en base a los grupos ocupacionales, y además se han dado aumentos salariales sin precedentes, de entre el 33 al 67% (MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión*. Asunción, 2011).

<sup>269</sup> Se ha trabajado con la Secretaría de la Función Pública en un proyecto de ley y de decreto de Carrera Sanitaria con las pertinentes homologaciones al Régimen General de la Carrera Civil y se inició la reestructuración de las cargas horarias de los/as médicos/as en base a la lógica de Carrera Sanitaria (ibidem).

<sup>270</sup> Guillén, Cristina: *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y la equidad*. MSPBS. Asunción, 2001, disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2012].

<sup>271</sup> Rodríguez, José Carlos: *Análisis del sistema tributario en el Paraguay y potencial de recaudación*. Asunción, 2011.

<sup>272</sup> Banco Mundial: *Estudio de visión de medio y largo término del sector salud paraguayo: construyendo un futuro saludable*. Asunción, 2012.

<sup>273</sup> Guillén, Cristina: *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y la equidad*. MSPBS. Asunción, 2011.

## CUADRO 1: INDICADORES ECONÓMICOS DE SALUD

INDICADOR	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto público en salud / PIB (%)	2,5	2,7	2,7	3,5	3,4
Gasto privado en salud / PIB (%)	4,9	4,7	4,4	4,2	4,0
Gasto público en salud por persona (guaraníes corrientes)	192.494,9	234.309,9	272.169,0	403.950,0	444.669,9
Gasto público en salud / Gasto total nacional en salud (%)	33,5	36,3	37,9	45,5	45,9

Fuente: MSPBS, Departamento de Economía de la Salud.

Con respecto a la distribución del presupuesto en salud según los objetos de gastos, en los últimos años se han destinado mayores gastos a servicios no personales, inversiones físicas y bienes de consumo e insumos<sup>274</sup>. La inversión en medicamentos aumentó en 830% en los últimos años, registrándose un incremento significativo en particular en los últimos tres.

A la par que se aumentó la inversión en salud, el MSPBS ha mejorado la capacidad de ejecución de su presupuesto. Al final de 2011 la ejecución había alcanzado el 90%<sup>275</sup>.

### g. MARCO PROGRAMÁTICO Y ESTRATÉGICO

En el año 2008, tras un proceso participativo con representantes de los pueblos indígenas del Paraguay, se aprueba por resolución ministerial la Política Nacional de Salud Indígena. El objetivo es dar respuesta a las necesidades de salud de esta población no sólo en la cobertura de los servicios, sino también en las concepciones de la salud indígena. En el año 2010 se crea la Dirección General de Salud Indígena para jerarquizar y posibilitar la implementación plena de dicha política.

En la mencionada política se contempla la salud de niños, niñas y adolescentes indígenas.

Además de esta política, numerosos programas se vienen ejecutando para atender diversos aspectos de la salud de la niñez indígena y no indígena, tanto en el ámbito de la familia, como de la escuela y la comunidad, en el marco de la implementación de la estrategia promocional para la calidad de vida y salud con equidad de la niñez y la adolescencia.

Para las primeras etapas (mujer embarazada, recién nacidos, lactantes y niños y niñas menores de cinco años) se cuenta con varios programas y estrategias. La Estrategia nacional de salud neonatal 2011-2015 y la Estrategia de atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia<sup>276</sup>. Además, se cuenta con el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Atención Temprana (SAT) Departamental de la República del Paraguay “Ñangareko nepyru” (en guaraní, los primeros cuidados)<sup>277</sup>, el cual busca incrementar la inclusión social de niños y niñas con problemas de desarrollo fortaleciendo la detección precoz y la atención temprana.

Asimismo, se cuenta con el Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI), el cual tiene como objetivo principal contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de poblaciones vulnerables en todos sus ciclos de vida, con un enfoque preventivo e integral, favoreciendo su recupe-

<sup>274</sup> Ibidem.

<sup>275</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión*. Asunción, 2011.

<sup>276</sup> Es una estrategia de salud, una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de salud de los niños y las niñas menores de cinco años. Elaborada en 1996 por la OPS/OMS y Unicef, enfoca la atención sobre los niños y las niñas de manera integral, y no sólo sobre la enfermedad.

<sup>277</sup> Este proyecto se desarrolló en el marco del Japan-Chile Partnership Programme y está dirigido a funcionarios del MEC y al personal de salud de las USF.

Si bien se constatan esfuerzos para dar respuestas a las necesidades específicas de salud de la población de niños, niñas y adolescentes, la existencia de tantos programas y estrategias revela una superposición de acciones previstas y una duplicación de esfuerzos que obligan a una mayor integración y articulación entre ellas.



ración nutricional. El PANI consiste actualmente en la entrega de dos kilos de leche entera enriquecida con hierro, calcio, zinc, cobre y vitaminas a niños y niñas con bajo peso y a mujeres embarazadas desde que son ingresadas al programa, independientemente del tiempo de embarazo, y tres meses más después del parto. El programa incluye a niños, niñas y adolescentes que estén en riesgo de desnutrición o con desnutrición y que además tengan VIH, malformaciones congénitas, parálisis cerebral infantil o retraso psicomotor. Además de la asistencia descrita, el programa contempla actividades de promoción y articulación con otros sectores.

Igualmente, se cuenta con estrategias para la promoción y aumento de la lactancia materna (**iniciativa de Hospitales Amigos de la Niñez y la Madre, método “madre canguro”**, Red Amamanta Paraguay y el primer banco de leche humana) y para la protección del neurodesarrollo y la atención centrada en las familias (Programa de Asistencia Neonatal Integral).

En cuanto a la atención de población escolar, se cuenta con varios programas y estrategias. “Escuelas saludables” es una estrategia que fomenta estilos de vida saludables de la población en edad escolar, con proyección a su familia y su comunidad, a través de los sistemas de salud y educación del país. Igualmente, en

articulación con el MEC, se avanza en la implementación del Sistema de complemento nutricional y control sanitario en las escuelas, dirigido a los establecimientos escolares, el cual consiste en acciones preventivas en salud mediante un conjunto de prestaciones brindadas en el ámbito escolar. En la actualidad se halla vigente el sistema de complemento nutricional y almuerzo escolar.

El programa “Salvemos el primer molar”<sup>278</sup> tiene por objetivo poner a disposición de los niños y niñas de edad escolar los servicios necesarios para que gocen de buena salud bucal, al mismo tiempo de promover acciones de prevención y rehabilitación bucal, y el proyecto “Volver a sonreír” provee un tratamiento integral a los niños y niñas con anomalía estructural congénita labio palatina.

Para dar respuesta a las necesidades de la población adolescente, se cuenta con distintas herramientas, como el Programa Familias Fuertes<sup>279</sup> y la Estrategia de integración del manejo adolescente y sus necesidades<sup>280</sup>. Los resultados del Programa Familias Fuertes han demostrado importantes resultados de impacto en la prevención de la violencia, del abuso de alcohol y otras sustancias psicotrópicas en adolescentes no sólo en el corto plazo, sino que su efecto se ha incrementado en el tiempo, con evidentes mejoras en la relación familiar.

<sup>278</sup> Se enmarca dentro del Plan de salud bucal 2009-2013 “Paraguay, país que promueve la salud bucal”.

<sup>279</sup> Familias Fuertes es un programa que forma parte de la Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes de la OPS/OMS.

<sup>280</sup> La IMAN se inscribe dentro de los ODM y del Plan de acción de salud de adolescentes de OPS/OMS y cuenta con componentes dedicados a la calidad de la información, a fortalecer los servicios, la formación de recursos humanos y fortalecer el desarrollo de intervenciones eficaces en las familias y en las comunidades, con amplia participación juvenil.

Se dio inicio a un plan de promoción y comunicación con adolescentes. En ese contexto, se ha elaborado la libreta de salud del adolescente y la libreta de salud de la adolescente, las cuales fueron validadas con población adolescente y distribuidas en un plan piloto con gran aceptación por parte de sus usuarios. Las libretas tienen como objetivo constituirse en un material de información y guía para el seguimiento periódico de esta población en los servicios de salud, promoviendo la autonomía y autocuidado de los hombres y mujeres adolescentes, la prevención del embarazo precoz y de las enfermedades de transmisión sexual en general, y del VIH/sida en particular.

El Programa nacional para la prevención y la atención integral de mujeres, niños, niñas y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar 2010–2015 contempla la atención integral, la prevención y la rehabilitación, y compromete de manera articulada a varias dependencias al interior del sector y a otros sectores. Este programa se elaboró de manera participativa entre distintos sectores en el marco de un convenio interinstitucional para dar respuesta integral a las víctimas de violencia<sup>281</sup>. Con este programa se lograron avances en la elaboración de protocolos para mejorar la calidad de atención<sup>282</sup>, formularios de registro y atención (uno para niñas, niños o adolescentes y otro para mujeres, personas adultas) y manuales de atención a víctimas de violencia intrafamiliar y de género<sup>283</sup>. Se inició

la capacitación continua en servicios y se fortaleció la articulación intersectorial a través de comités interinstitucionales de atención integral de la violencia por razones de género y de atención de la violencia hacia los niños, niñas y adolescentes, así como con la Mesa Intersectorial para la Lucha contra el Abuso y la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes.

El proyecto “Pehendu ore ñe’ê” (en guaraní, escuchen nuestra voz)<sup>284</sup> difunde la Convención sobre los Derechos del Niño y la ley 1680 - Código de la Niñez y la Adolescencia y su aplicación en los servicios de salud. Además, contempla un componente de incidencia en la formación de posgrado con las sociedades científicas y de pregrado, a través de convenios con universidades.

Asimismo, la estrategia promocional incluye varios programas, proyectos y estrategias transversales a los ciclos de vida, como el Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2009-2013; el Programa Nacional de Control del Sida/ITS (Pronasida); el Programa Ampliado de Inmunizaciones; la Política nacional de salud mental 2011-2020; la Política nacional de salud indígena<sup>285</sup> y la Estrategia de género.

El Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2009-2013 tiene como objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay a través de la ejecución de políticas y planes integrados, con enfoque de género y

<sup>281</sup> Convenio marco de cooperación interinstitucional entre el Ministerio del Interior, el MSPBS, la Secretaría de la Mujer y la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia de la Presidencia de la República. Tiene por objetivo formular mecanismos para asegurar, defender, proteger y promover los derechos humanos de las mujeres, niños/as y adolescentes, coordinando acciones y adaptando los procedimientos procesales para que éstos sean reales y efectivos, acorde a las competencias, metodologías y procedimientos respectivos de cada institución. Fue firmado en octubre de 2008.

<sup>282</sup> Protocolo de atención a mujeres, niños, niñas y adolescentes con maltrato y abuso sexual y el flujograma de atención integral para el manejo de casos por el personal de salud. El flujograma es la ruta que establece todos los momentos en los que se debe ofrecer atención a la persona víctima y cuenta con un instructivo de uso; protocolo de abuso sexual infanto-juvenil en un trabajo conjunto entre el Equipo Técnico Multidisciplinario y el Pronasida, con el apoyo de OPS y la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud.

<sup>283</sup> Igualmente, se fortaleció la rectoría con la circular nº 7/2011, por la que el MSPBS refuerza y dispone la atención de urgencia, así como la entrega de copia del diagnóstico a las personas víctimas de violencia doméstica, como se establece en la ley 1600/00.

<sup>284</sup> El programa se inició a partir del año 2009 como una iniciativa de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia. Cuenta con el apoyo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y de la CRED-PRO (Instituto Internacional para los Derechos del Niño y el Desarrollo, Universidad de Victoria, Victoria BC, Canadá). Es un programa dirigido al personal de salud de los servicios que integran la RISS, así como a actores clave de las comunidades. Se financia con presupuesto del MSPBS y de cooperaciones externas CRED-PRO y Plan Paraguay.

<sup>285</sup> Con el apoyo de OPS/CIDA Canadá, el MSPBS inició, en el año 2011, la implementación de un programa de mejora de la situación de salud y acceso a servicios de salud en el Chaco paraguayo. Éste va avanzando en varios ejes estratégicos, entre los que se destaca la articulación e integración interfronteriza con Brasil y Bolivia, entre otros.

La APS es un factor de redistribución de los servicios de salud, y por ende clave para superar las brechas inequitativas que hacen que ciertos grupos de niños, niñas y adolescentes se enfermen y mueran más que otros.



de derechos, orientados por la política de salud y sus principios de universalidad, integralidad, equidad, calidad y participación social. Sobresale en él el enfoque generacional o por ciclo de vida y la declaración de indiferencia cero hacia las necesidades sociales y de salud. Cuenta además con una Guía para la planificación en salud sexual y reproductiva 2009-2013, en la cual se establecen las líneas de acción, los resultados esperados, los lineamientos e indicadores para la implementación del plan. Aun cuando el plan 2009-2013 no ha sido evaluado, existe una evaluación del plan anterior (2003-2008) cuyos insumos fueron recogidos y contribuyeron al proceso de construcción colectiva del nuevo plan. A pesar de que esto constituye un avance respecto a otros planes, hay que señalar que una evaluación realizada al final del periodo no es de utilidad para corregir deficiencias en el curso mismo de la gestión e implementación del plan, por lo cual el plan 2009-2013 debería haber previsto seguimientos y monitoreo periódicos.

A fines del año 2011 se inicia la implementación de un protocolo de atención humanizada posaborto, considerando que la primera causa de muerte materna son las complicaciones debidas a abortos. Con esta medida se pretende abolir la barrera que se ponía a las mujeres al denunciarlas en caso de abortos provocados,

pues la norma apela al secreto profesional amparado por ley<sup>286</sup>.

Con respecto al Pronasida, este programa brinda servicios de diagnóstico, confirmación, internación y tratamiento en forma gratuita, incluidos los antirretrovirales. Además, dispone de tratamiento profiláctico para las mujeres embarazadas y lactantes y la sustitución de lactancia materna, a modo de evitar la transmisión al niño o la niña<sup>287</sup>.

En 2009, la OPS realizó una evaluación de la respuesta del sistema de salud al VIH y sida en Paraguay en el periodo 2005-2008. La evaluación realizada sostiene que la vigilancia de la epidemia necesita avanzar en estudio y conocimiento, en el registro y la notificación y en asegurar adecuados estándares metodológicos para una mejor comprensión, interpretación y comparación con otras investigaciones. En cuanto a la rectoría y gobernanza, la evaluación recomienda reponer al MSPBS la total responsabilidad de la rectoría en materia de la respuesta al VIH y sida y redefinir el rol y la gobernanza del programa<sup>288</sup>. El Pronasida ejerce simultáneamente la rectoría del VIH y sida y la atención centralizada de las personas con VIH<sup>289</sup>, existiendo superposición de actividades de planificación, vigilancia, monitoreo y evaluación.

<sup>286</sup> MSPBS: *Normas de atención humanizada post aborto*. Asunción, 2011.

<sup>287</sup> "¿Qué es Pronasida?", disponible en <http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/que-es-pronasida.pdf>.

<sup>288</sup> OPS: *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Paraguay*. Asunción, 2010.

<sup>289</sup> Respecto a la Consejería y Educación Sexual y del VIH, si bien existen Servicios de Atención Integral (SAI) a las personas que viven con el VIH y el sida en Paraguay, al no estar integrados al resto de los servicios que se ofrecen en los hospitales o centros de salud, no brindan una atención integral y fragmentan la oferta del sector (op. cit.).

En 2010 se inicia el fortalecimiento de la función rectora del MSPBS, se mejora la articulación intrasectorial y se comienza el rediseño del Pronasida en un esfuerzo de horizontalización programática<sup>290</sup>. Se avanza en la separación de los roles normativos de los asistenciales del programa, se integra el laboratorio de referencia del programa al laboratorio central, se avanza en la descentralización y se inicia un lento proceso de integración funcional de las actividades dentro de los servicios. Se comienza a aplicar, además, una estrategia com-

binada de gestión y de reducción de precios, realizando compras internacionales en lugar de licitaciones nacionales.

Un importante logro a favor de la niñez fueron las resoluciones del MSPBS<sup>291</sup> enfocadas a fortalecer la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis, implementadas a partir de 2006 con el Programa de Prevención de la Transmisión Madre-Hijo del VIH y la Sífilis.

<sup>290</sup> En el marco del Programa de Cooperación Técnica SFP/MSP/GEAM-Usaid - Proyecto Promoción del Servicio Civil.

<sup>291</sup> Resolución 433/06. Obliga a los proveedores de salud a ofrecer las pruebas para VIH y VDRL a todas las embarazadas que acuden a servicios de MSPBS. Resolución 396/07 que declara de carácter prioritario al Programa de Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH y Sífilis y se establecen equipos multidisciplinarios de profesionales de cada servicio que realiza estas prestaciones. Resolución 488/09. Norma de aplicación de la penicilina para embarazadas y sus parejas, según nivel de complejidad. Resolución 477/11 por la cual se aprueba la Estrategia Nacional de Salud Neonatal y se dispone su implementación y ejecución en todo el territorio de la República (Onusida/Pronasida, 2012).

## LEGISLACIÓN/POLÍTICAS: ENORME ABISMO ENTRE SUS ENUNCIADOS Y LA REALIDAD

Si bien existe un marco legislativo nacional e internacional y políticas públicas que permiten y promueven la universalidad de los derechos de los niños y las niñas, también existe una discordancia entre estos enunciados y la posibilidad de ejercerlos en la vida real y cotidiana de todas las personas. La inequidad social existente atenta contra el libre ejercicio de los derechos ciudadanos.

Otro factor que amenaza al cumplimiento efectivo de leyes, códigos, normativas y resoluciones es la falta de continuidad en su implementación. Para ello se necesita de un Estado fuerte, con un equilibrio justo entre sus poderes y con instituciones que no estén con la astucia de lógicas prebendarias y de apropiaciones del aparato estatal por parte de los partidos políticos tradicionales.

Además, debe considerarse que muchas de las leyes existentes tienen vacíos o aspectos que deben ser modificados. Veamos algunas de ellas.

La Constitución Nacional otorga mayor poder al Legislativo que al Ejecutivo y al Judicial. Ello propicia un desequilibrio entre los poderes del Estado, que pone en riesgo la democracia plena.

No existe una ley general de salud que permita al Estado garantizar efectivamente la salud de toda la población, que establezca un único sistema de salud, con un modelo de financiamiento sustentado en una política fiscal redistributiva y justa.

El proyecto de ley de Carrera Sanitaria ha seguido un largo camino de avances y retrocesos. Sin embargo, lo concreto es que sigue siendo un proyecto. La Carrera Sanitaria es un instrumento normativo que pretende hacer viable la reforma del mercado de trabajo de los recursos humanos en salud, orientándolo hacia un nuevo modelo de organización de los

## FACTORES CAUSALES ESTRUCTURALES DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES



servicios de salud. La Carrera Sanitaria es un instrumento de planificación y ordenamiento nacional de los recursos humanos, tanto para la estructura organizativa de la administración del Estado como para la estructura del sector salud<sup>292</sup>.

### INVERSIÓN EN SALUD: AÚN ES INSUFICIENTE Y ESTÁ MAL APROVECHADA

Si bien el presupuesto en cuanto a programas de inversión social ha tenido un incremento importante, sobre todo en los últimos cuatro años, y si bien la inversión en salud aumentó 501% en los últimos 12 años, la inversión social sigue siendo deficitaria<sup>293</sup>.

La brecha es muy grande puesto que la inversión social per cápita del Paraguay alcanza los 133 dólares anuales, mientras que Argentina destina 1814; Brasil, 959; Uruguay, 1128; Chile, 709. En salud, Paraguay gasta 24 dólares per cápita por año; Brasil, 198; Chile, 164; y Uruguay, 111. La participación del gasto en salud sobre el PIB en Brasil, Argentina, Chile y Uruguay es mayor del 8%; en Paraguay, es de 5,9%<sup>294</sup>.

En cuanto a los niveles regionales y locales, se destacan los fondos de equidad para la descentralización. Sin embargo, aún son utilizados en su gran mayoría para contratar recursos humanos a nivel local, ya sea para suplir las brechas que existen en relación a este tema o como favores políticos y de padrínazgo<sup>295</sup>.

La inversión en salud debe hacerse adaptada a lo local y lo regional, según las necesidades y realidades particulares y según datos estadísticos. Igualmente, se debe lograr la elaboración de presupuestos participativos que involucren a las comunidades.

### GESTIÓN/COORDINACIÓN: ESTRUCTURAS ESTATALES OBSOLETAS, COMPLEJAS, MÚLTIPLES Y SUPERPUESTAS<sup>296</sup>

Ya se ha descrito cómo está constituido el Sistema Nacional de Salud y también se ha señalado que en realidad no funciona como un sistema, pues sus distintos componentes se hallan desconectados y funcionando de manera no articulada.

Si bien se ha avanzado en el proceso de descentralización, éste aún es incipiente y debe ser fortalecido.

De igual manera, al interior del MSPBS, sus elementos constituyentes se hallan fragmentados y poco conectados entre sí. Al igual que lo que ocurre en las otras instituciones del Poder Ejecutivo, la actual estructura del MSPBS surge de la creación y acumulación histórica de órganos administrativos, regulaciones parciales y modificación de normativas ocurridas a lo largo de lapsos que sobrepasan el periodo de vigencia de la actual Constitución Nacional.

Esto ha provocado un mosaico de normas e instituciones que, sin la debida articulación y armonía interna, carecen de lógica y terminologías comunes y responden a necesidades de momentos diferentes y a objetivos dispares. Existe una multiplicidad de órganos administrativos, con diversas denominaciones y diferentes canales de vinculación con la administración central del MSPBS, con la consecuente insuficiencia de articulación interna.

Otro aspecto a considerar es que los modelos de gestión del MSPBS son asistencialistas y centrados en lo biológico. Además, existen derechos constitucionales y compromisos emer-

<sup>292</sup> MSPBS, OPS: *Carrera Sanitaria: una reforma necesaria del mercado de trabajo del sector público de la salud*. Asunción, 2011.

<sup>293</sup> Guillén, Cristina. *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y la equidad*. MSPBS. Asunción, 2011, disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf> [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2012].

<sup>294</sup> Rodríguez, José Carlos: *Análisis del sistema tributario en el Paraguay y potencial de recaudación*. Asunción, 2011.

<sup>295</sup> MSPBS: *Rendición de cuentas a la ciudadanía. Tercer año de gestión*. Asunción, 2011.

<sup>296</sup> Presidencia de la República del Paraguay: *Proyecto de innovación estructural del Poder Ejecutivo de la República del Paraguay. Diagnóstico preliminar de la estructura actual del Poder Ejecutivo*. Asunción, 2011.

El principal problema del sector salud es que el Sistema Nacional de Salud no funciona como un sistema.

La compleja estructura organizacional del MSPBS propicia un funcionamiento atomizado y en compartimentos estancos de programas y direcciones.



gentes de convenios internacionales asumidos por el país no materializados debidamente en la estructura y gestión administrativa del MSPBS. Por ejemplo, en lo referente a personas con discapacidad.

Por otro lado, la mitad de los ministerios existentes y la mayoría de las secretarías de Estado fueron creadas por ley, mientras la otra mitad y unas pocas secretarías se rigen por decretos. Esto provoca una normativa irregular y no uniforme, favorece una muy poca especificidad y una mala diferenciación de roles institucionales. No existe una función coordinadora efectiva entre los órganos del Poder Ejecutivo que permita racionalizar la toma de decisiones y su ejecución interinstitucional y que permita evitar además la existencia de vacíos y duplicaciones.

Además, existen incipientes y poco desarrollados mecanismos de participación ciudadana para canalizar y responder a consultas y demandas sobre la aplicación de las políticas públicas, garantizando la democratización efectiva y la transparencia de los órganos del servicio público.

Finalmente, se señala que existe una débil aplicación por el personal de salud de los cursos de capacitación que reciben; ausencia de manuales de funciones y de cargos; sistema insuficiente de incentivos y reconocimientos; ausencia de una cultura de monitoreo y evaluación; y una burocracia administrativa excesiva tanto a nivel interno como de la cooperación externa<sup>297</sup>.

<sup>297</sup> Ibidem.

# DESAFÍOS EN REFERENCIA A LOS CAMBIOS ESTRUCTURALES QUE DEBEN HACERSE PARA ELIMINAR LA INEQUIDAD SOCIAL COMO CAUSA PRINCIPAL DE LA ENFERMEDAD Y MUERTE DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES QUE VIVEN EN PARAGUAY



La sociedad paraguaya y sus principales instituciones enfrentan importantes desafíos para garantizar los derechos humanos de niños, niñas en su primera infancia, y en particular su derecho a la salud. Estos desafíos representan grandes ejes de intervención, donde es necesaria la formulación y aplicación de políticas públicas enmarcadas en los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño.

A continuación se presentan grandes desafíos seguidos de recomendaciones específicas.

## 1. RECONOCER Y ASUMIR AL ESTADO COMO GARANTE DEL DERECHO A LA SALUD DE TODA LA POBLACIÓN Y SU ATENCIÓN INTEGRAL

- Fortalecer la Política de calidad de vida y salud con equidad para toda la población del Paraguay.
- Continuar la implementación de la gratuidad, definiendo el alcance y la forma de progresión, su financiamiento y sostenibilidad, en consenso con otros sectores involucrados y fomentando la participación activa de la ciudadanía en este tema.
- Buscar el acceso a la atención integral y universal, en todos los ciclos de vida de las personas, evitando políticas de focalización.
- Migrar del sistema fragmentado a un sistema integrado (de gestión y financiero).
- Reconocer la diversidad de culturas que existen en el país.
- Realizar todas las adaptaciones necesarias para brindar distintas modalidades terapéuticas en los servicios de salud en relación a la diversidad de saberes y formas de interpretar el mundo.
- Promover el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño en el sector salud.

## 2. REFORMA DEL MARCO LEGISLATIVO

- Se requiere una ley general de salud que permita al Estado garantizar efectivamente la salud de toda la población mediante un único sistema de salud, con un modelo de financiamiento sustentado en una política fiscal redistributiva y justa, que permita la salud gratuita y universal.
- Ampliación de la carga impositiva y regulación de impuestos a los juegos de azar, comidas rápidas, tabaco, alcohol, entre otros, destinando lo recaudado a los programas so-

ciales implementados por los distintos ministerios.

- Debatir ampliamente sobre leyes que afectan a la salud de niños, niñas y sus familias y modificar lo necesario para garantizar su derecho a la salud.

### 3. REFORMA ESTRUCTURAL DEL SECTOR SALUD

- Lograr un Sistema Nacional de Salud único e integrado, regido por el MSPBS y dentro de un marco de protección social amplio.
- Lograr que el sector privado integre el Sistema Nacional de Salud.
- Continuar con el desarrollo e implementación de un modelo de gestión desconcentrado, flexible, participativo y transparente.
- Condicionar fondos de descentralización al desempeño de los municipios, exigiéndoles un rol más activo en la protección del derecho a la salud a nivel local.
- Reforma estructural y organizacional del MSPBS, en el marco de una reforma más amplia que contemple a los demás sectores del Poder Ejecutivo, con las debidas articulaciones y armonías internas.
- La reestructuración del Poder Ejecutivo deberá prever en su marco normativo los mecanismos indispensables de participación ciudadana, para canalizar y responder consultas y demandas sobre la aplicación de políticas públicas, garantizando la democratización efectiva y la transparencia de los órganos del servicio público.
- Contemplar la creación o el fortalecimiento de órganos que den respuesta a derechos constitucionales hoy no considerados, como, por ejemplo, lo que respecta a la población infantil con discapacidad.
- Aumento de la inversión en salud mediante una reforma tributaria que permita garantizar el derecho a la calidad de vida y salud de la población.
- Fortalecer los recursos provenientes de las entidades binacionales (Fonacide) para un plan de desarrollo social y de redes de atención.

### 4. IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA NACIONAL DE DESARROLLO DE RRHH

- Discusión amplia para la aprobación e implementación de la ley de Carrera Sanitaria.
- Generar contratos basados en gestión por resultados cuali y cuantitativos.
- Escuela de Gobierno para formación de cuadros de mandos capacitados en gestión y administración de lo público.
- Impulsar un modelo de formación en salud para una pediatría social que asegure una atención integral a niños, niñas y adolescentes, con un abordaje biopsicosocial y con enfoque de género y de derechos.

### 5. PROFUNDIZAR LAS ACCIONES INTERSECTORIALES PARA ACTUAR SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD CON UN SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIONES SOCIALES

- Disponibilidad y acceso universal a agua potable.
- Control y manejo ambientalmente sustentable de basuras y aguas servidas.
- Acceso universal a educación y mejoría urgente de la calidad de educación.
- Acceso a vivienda y empleo.
- Soberanía y seguridad alimentaria y nutricional.
- Acompañar la reforma agraria para una mejor distribución de las tierras y las riquezas; realizar un ordenamiento territorial y catastral del país.
- Promover el acceso equitativo a bienes, servicios y recursos productivos.
- Impulsar políticas públicas para el desarrollo de la agricultura familiar campesina y las comunidades indígenas.
- Establecer una política de gestión del riesgo en la agricultura familiar.
- Fortalecimiento y extensión de los programas sociales existentes.
- Mejorar la eficiencia y la eficacia de la inversión social.

## 6. INCREMENTO DE LOS CONOCIMIENTOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS A TRAVÉS DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

- Desarrollar investigaciones que permitan conocer la realidad de los distintos grupos de niños, niñas y adolescentes, en particular de aquellos que viven en situación de pobreza y de extrema pobreza; con capacidades diferentes; poblaciones indígenas; que enfrentan abuso, maltrato, tráfico, trata o explotación sexual; los niños, niñas y adolescentes que trabajan; los y las adolescentes en conflicto con la ley; las adolescentes embarazadas y madres solteras; los niños y niñas de poblaciones que habitan en asentamientos precarios, tanto urbanos como rurales; aquellos/as cuyos padres han migrado al extranjero y los que se encuentran fuera del sistema escolar.
- Realización de una encuesta nacional de salud y nutrición de manera periódica y regular.
- Evaluación de impactos de planes, programas y proyectos implementados o en vías de implementación.

## ANEXOS

### RECOMENDACIONES AL PARAGUAY DEL COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE LAS NACIONES UNIDAS

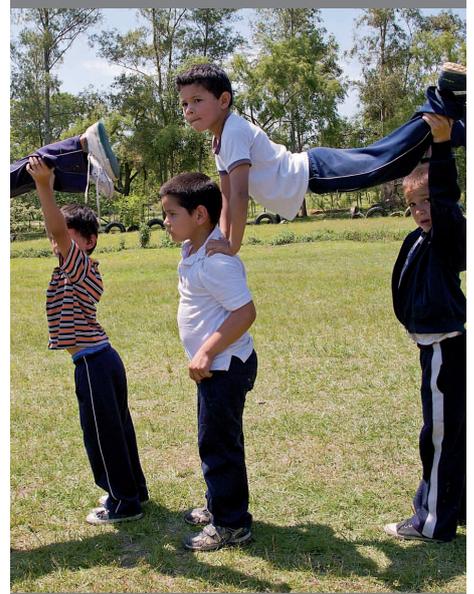
El Comité sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, ante los informes presentados por los Estados partes, emite observaciones finales a cada país. En lo que respecta a Paraguay, el Comité recomienda que continúe con la capacitación y/o sensibilización para los profesionales que trabajan con y para los niños, entre ellos el personal de los servicios de salud, en lo referido a la aplicación de la **Convención sobre los Derechos del Niño**; que la integre plenamente en los programas de estudio de todos los niveles de enseñanza y que asegure su traducción a todos los idiomas del país.

El Comité recomienda a Paraguay que amplíe **la atención médica gratuita y universal**; que **aumente el presupuesto de salud** garantizando diferentes modelos de prestación de servicios, en particular para población indígena.

Asimismo, recomienda que se evalúen los programas de salud y que se apliquen todas las medidas necesarias **para hacer frente a las consecuencias extremadamente negativas de la fumigación** con productos fitosanitarios en las comunidades rurales.

Además, recomienda que los profesionales que trabajan con niños reciban capacitación sobre su obligación de denunciar los presuntos casos de violencia doméstica contra niños, niñas y adolescentes, y adopte las medidas apropiadas al respecto; y que establezca centros para el cuidado, la recuperación y la reintegración de las víctimas, prestando especial atención al género.

El Comité recomienda que se prosigan aplicando las medidas de **protección y promoción de los derechos de los niños con discapacidad** elaborando una política y adoptando un plan de acción específico que cuente con los recursos necesarios para proporcionar atención integral de la salud, que publique datos desglosados y de calidad.



Por otro lado, recomienda que se estudie la realidad de la **población adolescente** y sus problemas, prestando especial atención a su **plena participación**. Asimismo, recomienda que se brinde atención integral e información a esta población con respecto al abuso de **drogas, tabaco y alcohol**; a la prevención de **embarazos precoces** y a la salud sexual y reproductiva.

En este sentido, recomienda el fortalecimiento de la atención integral de los **niños, niñas y adolescentes que viven con VIH/Sida**, sus familias y comunidades; la garantía de fondos públicos para el tratamiento y prevención de la transmisión vertical y la concientización para prevenir esta epidemia.

## TABLAS Y GRÁFICOS

**TABLA 1: PRINCIPALES INDICADORES DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO, PARAGUAY, PERIODO 1987-2011**

AÑOS	PERINATAL (*)		NEONATAL		POSNEONATAL		INFANTIL	
	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA	Nº	TASA
1987	1536	29,8	938	18,2	1140	22,1	2078	40,3
1988	1743	33,2	867	16,5	1052	20,0	1919	36,5
1989	1393	23,0	894	14,8	1019	16,8	1913	31,6
1990	1565	24,0	937	14,4	1051	16,1	1988	30,4
1991	1541	21,8	897	12,7	798	11,3	1695	24,0
1992	1480	19,6	865	11,5	746	9,9	1611	21,4
1993	1451	18,6	856	11,1	1054	13,7	1910	24,8
1994	1794	22,5	835	10,5	890	11,2	1725	21,7
1995	1684	21,2	783	9,8	787	9,9	1570	19,7
1996	1977	22,4	998	11,3	850	9,6	1848	20,9
1997	1847	20,9	952	10,8	787	8,9	1739	19,7
1998	1719	19,9	905	10,5	794	9,2	1699	19,6
1999	1879	20,9	966	10,7	783	8,7	1749	19,4
2000	1848	21,5	943	11,0	794	9,2	1737	20,2
2001	1657	19,7	979	11,7	673	8,0	1652	19,7
2002	1697	18,8	1058	11,7	709	7,9	1767	19,6
2003	1672	19,3	1025	11,8	658	7,6	1683	19,4
2004	1792	17,7	1083	10,7	631	6,2	1714	17,0
2005	1922	18,2	1237	11,7	642	6,1	1879	17,8
2006	2024	19,6	1256	12,3	583	5,7	1839	18,0
2007	1774	18,3	1084	11,3	520	5,4	1604	16,7
2008	1884	18,7	1152	11,6	530	5,3	1682	16,9
2009	1882	18,2	1123	11,0	455	4,5	1578	15,4
2010	1887	18,4	1180	11,7	471	4,7	1651	16,3
2011	1900	17,8	1182	11,2	425	4,0	1607	15,2

Tasa registrada por 1000 nacidos vivos.

(\*) El cálculo de la tasa perinatal ha sufrido modificación debido a una nueva definición verificable en la CIE-10, se adelantó el periodo considerado a 22 semanas de gestación en defunciones fetales para el numerador y para el denominador. Además de considerar los nacidos vivos, se incorpora las defunciones fetales.

Fuente: MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

**TABLA 2: MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE UN AÑO (ESTIMADAS Y REGISTRADAS)**

AÑOS	ESTIMADA	REGISTRADA
1987	-	40,3
1988	-	36,5
1989	-	31,6
1990	44,8	30,4
1991	44,1	24,0
1992	43,3	21,4
1993	42,6	24,8
1994	41,8	21,7
1995	41,1	19,7
1996	40,3	20,9
1997	39,6	19,7
1998	38,8	19,6
1999	38,1	19,4
2000	37,4	20,2
2001	36,6	19,7
2002	35,9	19,6
2003	35,2	19,4
2004	34,5	17,0
2005	33,8	17,8
2006	33,1	18,0
2007	32,4	16,7
2008	31,7	16,9
2009	31,1	15,4
2010	30,4	16,3
2011	29,8	15,2

Fuente: elaboración propia a partir de datos del "Primer informe de gobierno ODM 2010" y de MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

**TABLA 3: MORTALIDAD INFANTIL REGISTRADA EN MENORES DE 1 AÑO POR ÁREA DE RESIDENCIA**

AÑOS	URBANA	RURAL
1996	17,7	19,3
1997	17,4	17,1
1998	13,8	25
1999	16,9	23,7
2000	21,7	17,6
2001	21,5	16
2002	20,6	17,7
2003	22,8	13,4
2004	18	14,9
2005	18,9	15,5
2006	19,4	15,1
2007	17,5	15,1
2008	16,3	18,4
2009	14,5	17,9

Fuente: "Primer informe de Gobierno ODM 2010" y MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

**TABLA 4: MORTALIDAD INFANTIL REGISTRADA EN MENORES DE 1 AÑO POR SEXO**

AÑOS	VARONES	MUJERES
1996	23,6	18,1
1997	22,6	16,6
1998	21,9	17,3
1999	22,3	16,5
2000	22,8	17,5
2001	21,5	17,8
2002	21,6	17,6
2003	20,9	17,8
2004	18,5	15,0
2005	19,4	15,9
2006	19,9	15,7
2007	18,1	15,2
2008	18,4	15,1
2009	16,6	14,0

**Fuente:** elaboración propia a partir de datos del "Primer informe de Gobierno ODM 2010" y MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

**TABLA 5: MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS**

AÑOS	REGISTRADA
1990	40,0
1991	31,0
1992	29,3
1993	34,3
1994	29,0
1995	25,4
1996	26,8
1997	25,1
1998	25,1
1999	24,5
2000	25,6
2001	25,0
2002	24,5
2003	23,9
2004	21,5
2005	21,8
2006	21,7
2007	19,9
2008	20,1
2009	18,7
2010	19,3
2011	17,5

**Fuente:** elaboración propia a partir de datos del "Primer informe de Gobierno ODM 2010" y MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

**TABLA 6: MORTALIDAD INFANTIL REGISTRADA EN MENORES DE 5 AÑOS POR ÁREA DE RESIDENCIA**

AÑOS	URBANA	RURAL
1996	22,8	25,2
1997	22,1	22,9
1998	17,4	32,5
1999	21,7	29,2
2000	27,3	22,6
2001	26,9	21,1
2002	25,6	22,3
2003	27,8	17,1
2004	22,1	20,2
2005	22,7	20,0
2006	22,8	19,5
2007	20,1	19,3
2008	18,9	23,0
2009	17,3	22,7

Fuente: "Primer informe de Gobierno ODM 2010" y MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

**TABLA 7: MORTALIDAD INFANTIL REGISTRADA EN MENORES DE 5 AÑOS POR SEXO**

AÑOS	VARONES	MUJERES
1996	29,8	23,7
1997	28,2	21,9
1998	27,4	22,6
1999	28,4	20,5
2000	28,5	22,7
2001	27,1	22,8
2002	26,6	22,3
2003	25,7	22,0
2004	23,0	19,5
2005	23,9	19,5
2006	23,9	19,1
2007	21,2	18,4
2008	21,7	18,2
2009	20,2	16,9

Fuente: "Primer informe de Gobierno ODM 2010" y MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales. Departamento de Información Bioestadística.

**TABLA 8: MORTALIDAD MATERNA REGISTRADA SEGÚN AÑOS, PARAGUAY, PERIODO 1987-2011**

AÑOS	NACIMIENTOS ANUALES ESTIMADOS (EN MILES)	DEFUNCIONES MATERNAS REGISTRADAS	NACIMIENTOS ANUALES REGISTRADOS (EN MILES)	RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA* 100.000 NV
1987	136.925	100	51.532	194,1
1988	138.525	105	52.542	199,8
1989	140.125	97	60.610	160,0
1990	141.725	98	65.313	150,0
1991	142.692	117	70.554	165,8
1992	143.659	75	75.376	99,5
1993	144.626	96	77.991	123,1
1994	145.593	111	79.575	139,5
1995	146.560	104	79.591	130,7
1996	147.242	109	88.438	123,3
1997	147.924	90	88.422	101,8
1998	148.606	96	86.596	110,9
1999	149.288	103	90.007	114,4
2000	149.970	141	86.000	164,0
2001	150.407	134	83.919	159,7
2002	150.844	164	90.085	182,1
2003	151.281	151	86.739	174,1
2004	151.718	155	101.000	153,5
2005	152.155	136	105.808	128,5
2006	152.336	124	102.109	121,4
2007	152.517	122	95.862	127,3
2008	152.698	117	99.688	117,4
2009	152.879	128	102.162	125,3
2010	153.060	102	101.153	100,8
2011	153.012	94	105.825	88,8

Fuente: Paraguay. Proyección Nacional de la Población por Sexo y Edad. Periodo 2000-2050. Dirección Gral. de Estadísticas, Encuestas y Censos. Diciembre 2005. MSPBS, Departamento de Información Bioestadística-DIGIES.



**TABLA 9: MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ (0 A 6 DÍAS) POR REGIONES SANITARIAS, AÑO 2011, PARAGUAY (TASA REGISTRADA POR 1000 NACIDOS VIVOS)**

REGIONES SANITARIAS	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES	TASAS
Región Oriental	102.140	917	9,0
Región Occidental	3685	30	8,1
Concepción	4297	68	15,8
San Pedro	6513	47	7,2
Cordillera	4166	38	9,1
Guairá	2936	33	11,2
Caaguazú	7690	46	6,0
Caazapá	2450	17	6,9
Itapúa	7365	55	7,5
Misiones	1851	9	4,9
Paraguarí	3103	28	9,0
Alto Paraná	13.957	187	13,4
Central	31.359	221	7,0
Ñeembucú	893	15	16,8
Amambay	2720	29	10,7
Canindeyú	3.111	33	10,6
Pdte. Hayes	2024	15	7,4
Boquerón	1420	11	7,7
Alto Paraguay	241	4	16,6
Asunción	9480	91	9,6
Extranjeros	249	0	0,0
<b>Total general</b>	<b>105.825</b>	<b>947</b>	<b>8,9</b>

Fuente: MSPBS, DGEEC: Paraguay. Proyección nacional de la población por sexo y edad. Periodo 2000-2050. Asunción, 2005.

**TABLA 10: MORTALIDAD NEONATAL POR REGIONES SANITARIAS, PARAGUAY, AÑO 2011 (TASA REGISTRADA POR 1000 NACIDOS VIVOS)**

REGIONES SANITARIAS	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES	TASAS
Región Oriental	102.140	1145	11,2
Región Occidental	3685	37	10,0
Concepción	4297	83	19,3
San Pedro	6513	61	9,4
Cordillera	4166	42	10,1
Guairá	2936	44	15,0
Caaguazú	7690	62	8,1
Caazapá	2450	18	7,3
Itapúa	7365	73	9,9
Misiones	1851	13	7,0
Paraguarí	3103	32	10,3
Alto Paraná	13.957	241	17,3
Central	31.359	274	8,7
Ñeembucú	893	17	19,0
Amambay	2720	31	11,4
Canindeyú	3111	39	12,5
Pdte. Hayes	2024	19	9,4
Boquerón	1420	14	9,9
Alto Paraguay	241	4	16,6
Asunción	9480	115	12,1
Extranjeros	249	0	0,0
<b>Total general</b>	<b>105.825</b>	<b>1182</b>	<b>11,2</b>

Fuente: MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.

**TABLA 11: MORTALIDAD INFANTIL POR REGIONES SANITARIAS, PARAGUAY, AÑO 2011 (TASA REGISTRADA POR 1000 NACIDOS VIVOS)**

REGIONES SANITARIAS	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES	TASAS
Región Oriental	102.140	1.546	15,1
Región Occidental	3685	61	16,6
Concepción	4297	101	23,5
San Pedro	6513	88	13,5
Cordillera	4166	60	14,4
Guairá	2936	51	17,4
Caaguazú	7690	92	12,0
Caazapá	2450	28	11,4
Itapúa	7365	96	13,0
Misiones	1851	19	10,3
Paraguarí	3103	50	16,1
Alto Paraná	13.957	325	23,3
Central	31.359	371	11,8
Ñeembucú	893	21	23,5
Amambay	2720	41	15,1
Canindeyú	3111	50	16,1
Pdte. Hayes	2024	35	17,3
Boquerón	1420	21	14,8
Alto Paraguay	241	5	20,7
Asunción	9480	152	16,0
Extranjeros	249	1	4,0
<b>Total general</b>	<b>105.825</b>	<b>1607</b>	<b>15,2</b>

Fuente: MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.

**TABLA 12: MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS POR REGIONES SANITARIAS, PARAGUAY, AÑO 2011 (TASA REGISTRADA POR 1000 NACIDOS VIVOS)**

REGIONES SANITARIAS	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES	TASAS
Región Oriental	102.140	1780	17,4
Región Occidental	3685	76	20,6
Concepción	4297	114	26,5
San Pedro	6513	104	16,0
Cordillera	4166	74	17,8
Guairá	2936	57	19,4
Caaguazú	7690	109	14,2
Caazapá	2450	36	14,7
Itapúa	7365	114	15,5
Misiones	1851	21	11,3
Paraguarí	3103	52	16,8
Alto Paraná	13.957	366	26,2
Central	31.359	431	13,7
Ñeembucú	893	22	24,6
Amambay	2720	46	16,9
Canindeyú	3111	61	19,6
Pdte. Hayes	2024	44	21,7
Boquerón	1420	26	18,3
Alto Paraguay	241	6	24,9
Asunción	9480	171	18,0
Extranjeros	249	2	8,0
<b>Total general</b>	<b>105.825</b>	<b>1856</b>	<b>17,5</b>

Fuente: MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.

**TABLA 13: MORTALIDAD MATERNA POR REGIONES SANITARIAS, PARAGUAY, AÑO 2011 (RAZÓN REGISTRADA POR 100.000 NACIDOS VIVOS)**

REGIONES SANITARIAS	NACIDOS VIVOS	DEFUNCIONES	TASAS
Región Oriental	102.140	89	87,1
Región Occidental	3685	5	135,7
Concepción	4297	5	116,4
San Pedro	6513	9	138,2
Cordillera	4166	3	72,0
Guairá	2936	4	136,2
Caaguazú	7690	8	104,0
Caazapá	2450	5	204,1
Itapúa	7365	7	95,0
Misiones	1851	0	0,0
Paraguarí	3103	1	32,2
Alto Paraná	13.957	12	86,0
Central	31.359	20	63,8
Ñeembucú	893	2	224,0
Amambay	2720	2	73,5
Canindeyú	3111	3	96,4
Pdte. Hayes	2024	3	148,2
Boquerón	1420	1	70,4
Alto Paraguay	241	1	414,9
Asunción	9480	8	84,4
Extranjeros	249	0	0,0
<b>Total general</b>	<b>105.825</b>	<b>94</b>	<b>88,8</b>

Fuente: MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales.



**TABLA 14: EVOLUCIÓN DE TASAS REGISTRADAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR REGIONES SANITARIAS**

REGIONES SANITARIAS	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Concepción	23,58	24,7	20,8	19,0	22,7	24,7	29,4	21,3	29,2	25,3	26,1	29,6	22,6	21,0	23,5
San Pedro	15,97	17,4	13,8	18,1	17,9	22,1	19,8	16,5	17,0	15,7	11,8	18,0	14,1	18,5	13,5
Cordillera	17,82	20,3	22,0	20,3	21,3	16,5	20,8	15,8	17,6	16,7	12,8	18,1	14,6	14,3	14,4
Guairá	22,28	25,6	15,4	21,8	21,0	22,3	29,6	25,2	21,6	20,6	21,4	19,7	17,9	16,9	17,4
Caaguazú	22,8	19,8	18,3	17,5	18,4	15,7	13,8	15,2	16,4	12,7	13,1	14,6	13,1	14,6	12,0
Caazapá	12,09	16,6	17,4	21,8	19,2	19,7	18,4	16,7	14,6	20,7	16,4	15,1	15,7	14,0	11,4
Itapúa	22,78	20,7	21,5	21,2	25,1	20,7	18,8	15,6	14,5	17,2	16,8	14,7	15,9	15,1	13,0
Misiones	23,92	21,9	19,7	21,4	29,1	22,8	27,6	20,6	21,7	13,8	11,9	11,8	16,3	15,3	10,3
Paraguarí	16,47	13,6	18,8	21,4	21,9	16,9	15,4	15,7	16,7	14,2	17,0	16,0	14,2	12,8	16,1
Alto Paraná	28,39	32,0	30,1	29,4	26,2	27,8	27,5	19,3	20,2	25,6	25,0	22,0	20,3	21,3	23,3
Central	15,76	15,1	15,6	18,3	16,1	16,4	15,6	15,4	14,1	14,7	13,3	13,0	13,1	14,8	11,8
Ñeembucú	15,38	21,9	27,1	19,1	17,1	19,1	18,4	11,8	32,6	24,6	21,7	15,2	6,4	11,8	23,5
Amambay	21,36	27,7	28,8	15,0	23,8	25,1	28,7	22,1	15,6	19,7	13,4	20,5	16,7	21,1	15,1
Canindeyú	24,82	23,5	23,8	23,5	18,9	20,6	20,3	24,3	29,1	22,9	21,0	13,8	14,7	15,4	16,1
Pdte. Hayes	15,04	15,7	17,8	25,5	14,0	22,3	22,4	15,3	26,2	18,4	22,9	28,6	23,9	21,3	17,3
Alto Paraguay	0	16,8	50,0	30,8	25,2	20,0	15,6	27,1	6,9	21,5	7,7	19,5	9,3	18,2	14,8
Boquerón	10,04	37,8	29,1	32,4	35,2	28,3	19,0	17,1	33,1	38,4	28,5	25,1	31,0	0,0	20,7
Asunción	21,02	17,6	17,5	15,7	15,7	18,9	16,0	15,2	17,5	17,0	15,4	16,8	12,4	15,0	16,0
Extranjeros	13,33	50,6	0,0	21,7	37,0	0,0	130,4	40,0	43,5	22,2	23,3	76,9	39,5	0,0	4,0
<b>Total general</b>	<b>19,67</b>	<b>19,62</b>	<b>19,43</b>	<b>20,20</b>	<b>19,69</b>	<b>19,61</b>	<b>19,40</b>	<b>16,97</b>	<b>17,76</b>	<b>18,01</b>	<b>16,73</b>	<b>16,94</b>	<b>15,45</b>	<b>16,32</b>	<b>15,19</b>

Fuente: MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Indicadores de mortalidad 2011.

**TABLA 15: NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS SEGÚN TIPO DE LACTANCIA Y EDAD POR CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS, PARAGUAY, 2008 (%)**

CARACTERÍSTICAS	NO LACTANDO		LACTANCIA EXCLUSIVA		LACTANCIA PREDOMINANTE		LACT. COMPLEMENTARIA	LACT. CONTINUADA	LACT. CONTINUADA
	0-3 MESES	0-5 MESES	0-3 MESES	0-5 MESES	0-3 MESES	0-5 MESES	6-9 MESES	12-15 MESES	20-23 MESES
<b>Total</b>	8,7 (215)	15,2 (318)	32,9 (215)	24,4 (318)	22,7 (215)	20,7 (318)	66,6 (200)	37,5 (209)	14,3 (139)
<b>Área</b>									
Urbana	9,2	19,8	37,2	29,4	20,2	16,2	63,8	29,9	13,7
Rural	7,8	9,3	26,9	17,9	26,3	26,5	69,6	48,1	14,9
<b>Región</b>									
Gran Asunción	3,9	20,6	41,3	29,8	18,7	12,5	58,6	29,8	8,9
Norte	4	8,7	23,4	17	34,8	31	72,7	41,5	19,4
Centro Sur	7,9	8,8	31,9	24,2	26,4	29,9	74,5	43,3	15,5
Este	15,3	18,3	30,5	22,3	17,8	16,6	65	38	14,2
<b>Sexo</b>									
Hombre	7,4	15,2	31,1	22,1	19,8	18,6	64,4	33,8	12,7
Mujer	9,9	15,3	34,7	27,1	25,7	23,3	69,2	41,3	16,3

Fuente: Cepep: Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008.

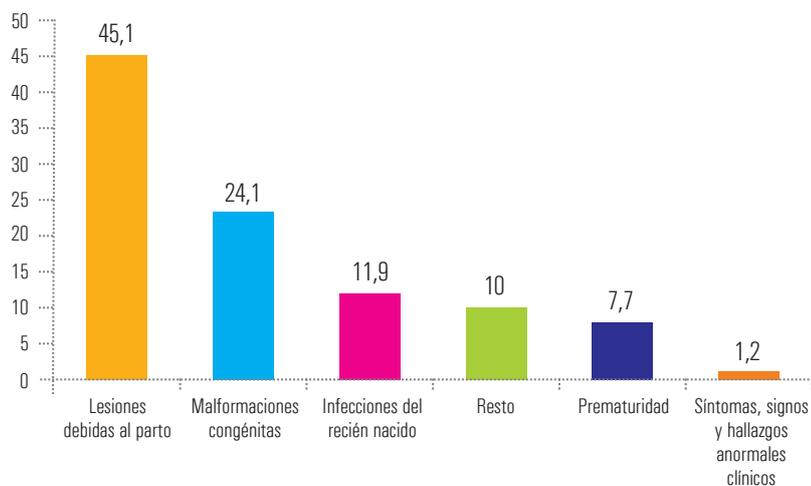
Nota: lactancia exclusiva, solo pecho; lactancia predominante, pecho y agua u otros líquidos (excluyendo otros tipos de leche); lactancia complementaria, pecho acompañado por sólidos o puré; lactancia continuada, cualquier lactancia.

**TABLA 16: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 0 A 17 AÑOS CON SEGURO DE SALUD SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN INDÍGENA, PARAGUAY, 2003-2012**

AÑOS	POBLACIÓN TOTAL (EPH)			POSNEONATAL		
	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2003	16,1	16,5	15,7	-	-	-
2004	16,6	17	16,1	-	-	-
2005	19,4	18,9	19,8	-	-	-
2006	15,8	16,2	15,5	-	-	-
2007	18,6	18,6	18,6	-	-	-
2008	21,8	23	20,7	10,2	10	10,5
2009	19,7	19,9	19,4	-	-	-
2010	19,6	19,4	19,7	-	-	-
2011	22,5	22,8	22,2	-	-	-
2012	23,0	22,6	23,5	-	-	-

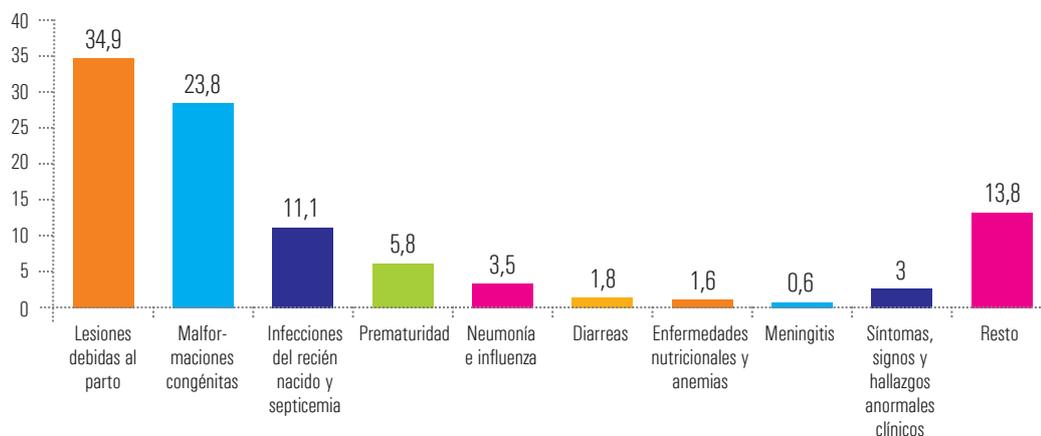
Fuente: elaboración propia con base en DGEEC, Encuesta permanente de hogares 2003-2012 y Encuesta a hogares indígenas 2008.

**GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE MORTALIDAD NEONATAL POR CAUSAS, AÑO 2011**



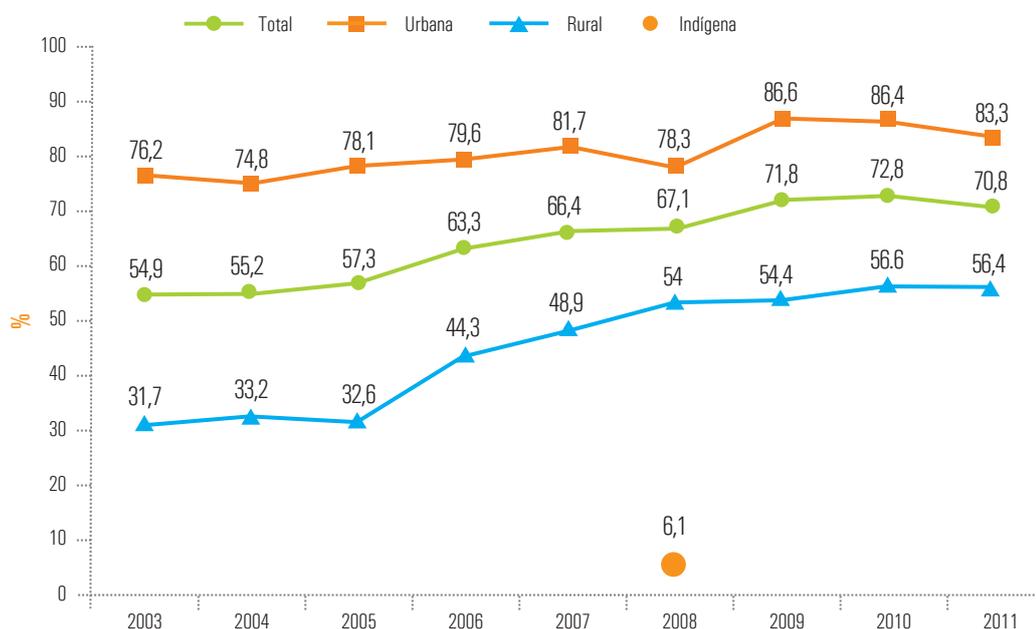
Fuente: elaboración propia con base en MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, 2011.

**GRÁFICO 2: MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CAUSAS. AÑO 2011. %**



Fuente: elaboración propia con base en MSPBS. Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, 2011.

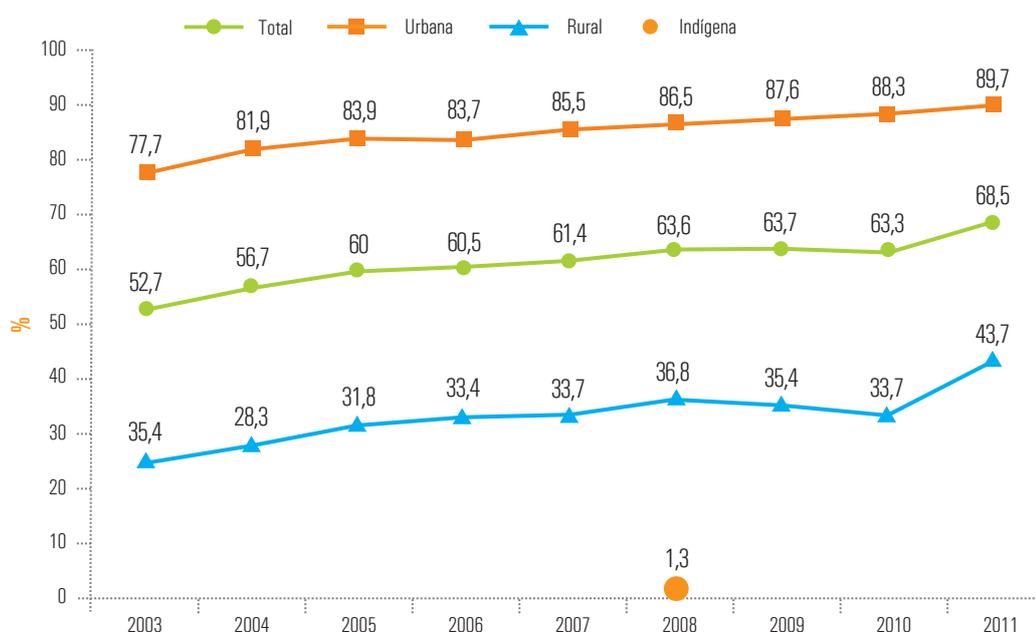
**GRÁFICO 3: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 0 A 17 AÑOS CON ACCESO A AGUA EN RED (POTABLE) SEGÚN ÁREA Y CONDICIÓN INDÍGENA, PARAGUAY, 2003-2011**



Fuente: elaboración propia con base en DGEEC, Encuesta permanente de hogares 2003-2011 y Encuesta a hogares indígenas 2008.

Notas: se define acceso a fuente de agua en red al abastecimiento de agua a través de ESSAP/Senasa, red privada, grifo público.

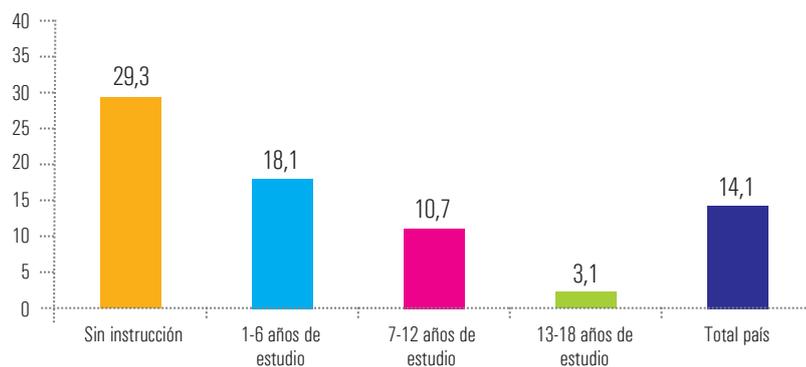
**GRÁFICO 4: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 0 A 17 AÑOS CON ACCESO A SANEAMIENTO MEJORADO SEGÚN ÁREA Y CONDICIÓN INDÍGENA, PARAGUAY, 2003-2011**



Fuente: elaboración propia con base en DGEEC, Encuesta permanente de hogares 2003-2011 y Encuesta de hogares indígenas 2008.

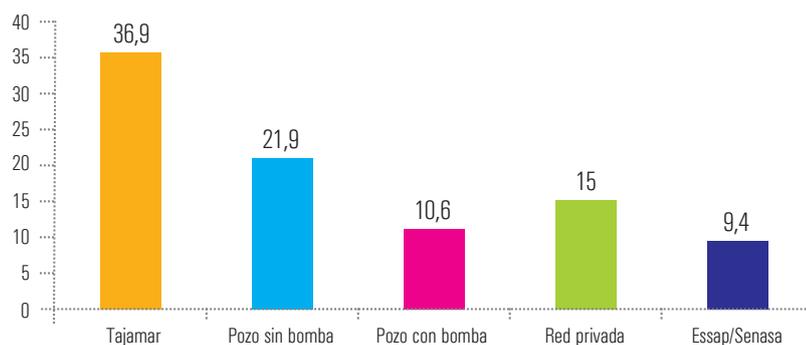
Notas: se define acceso a saneamiento mejorado a la deposición de efluentes cloacales mediante la utilización de los siguientes sistemas sanitarios: inodoro conectado a red pública (arrastre de agua, red de alcantarillado sanitario); inodoro conectado a pozo ciego con o sin cámara séptica (arrastre de agua, cámara séptica y pozo ciego-absorbente, arrastre de agua y pozo ciego-absorbente).

**GRÁFICO 5: PORCENTAJE DE CASOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEGÚN EDUCACIÓN DE LA MADRE, PARAGUAY, 2005**



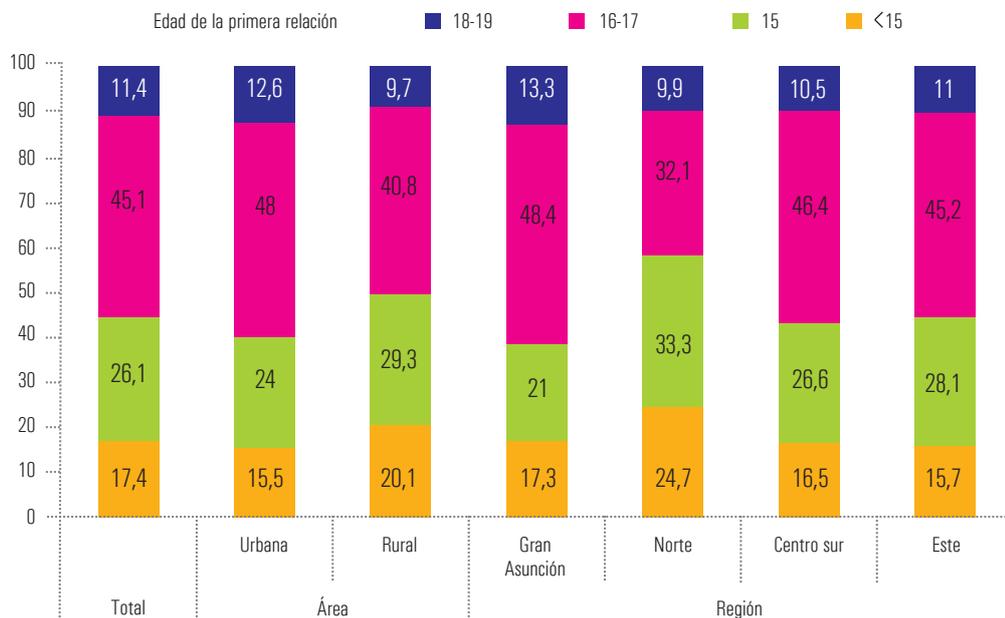
Fuente: Sanabria, M.: Análisis de la situación de salud infantil y antropometría en menores de 5 años, Paraguay. EPH 2005.

**GRÁFICO 6: PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEGÚN TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA PARA CONSUMO, PARAGUAY, 2005**



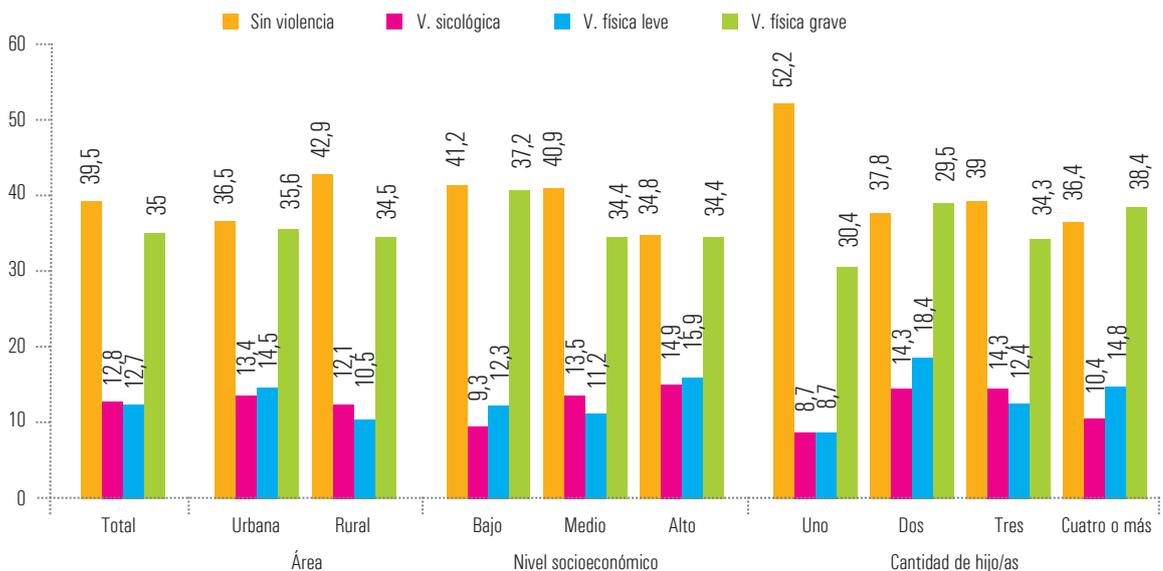
Fuente: Sanabria, M.: Análisis de la situación de salud infantil y antropometría en menores de 5 años, Paraguay. EPH 2005.

**GRÁFICO 7: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD QUE REPORTARON HABER TENIDO RELACIONES SEXUALES POR EDAD CUANDO LA PRIMERA RELACIÓN SEGÚN ÁREA Y REGIÓN, PARAGUAY, 2008**



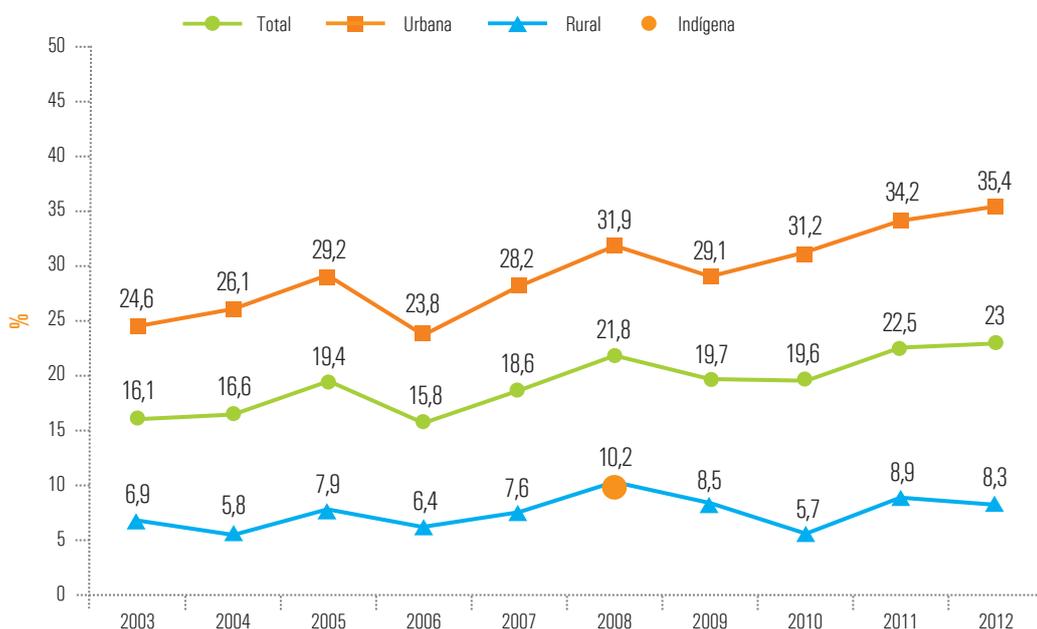
Fuente: elaboración propia con base en Cepep, Encuesta nacional de demografía y salud sexual y reproductiva 2008.  
 Nota: Región Gran Asunción: Asunción y distritos de Fernando de la Mora, Nembu, San Lorenzo, Luque, Limpio, Lambaré y Villa Hayes.  
 Región norte: departamentos de Concepción, San Pedro y Amambay. Región centro-sur: departamentos de Cordillera, Paraguari, Guairá, Caazapá, Ñeembucú, Misiones y parte de Central fuera de Gran Asunción. Región este: departamentos de Caaguazú, Itapúa, Alto Paraná y Canindeyú.

**GRÁFICO 8: NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CURSANTES DE SEXTO GRADO POR TIPO DE VIOLENCIA PADECIDA EN EL HOGAR SEGÚN ÁREA, NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LA FAMILIA Y CANTIDAD DE HIJOS/AS EN EL HOGAR, PARAGUAY, 2009**



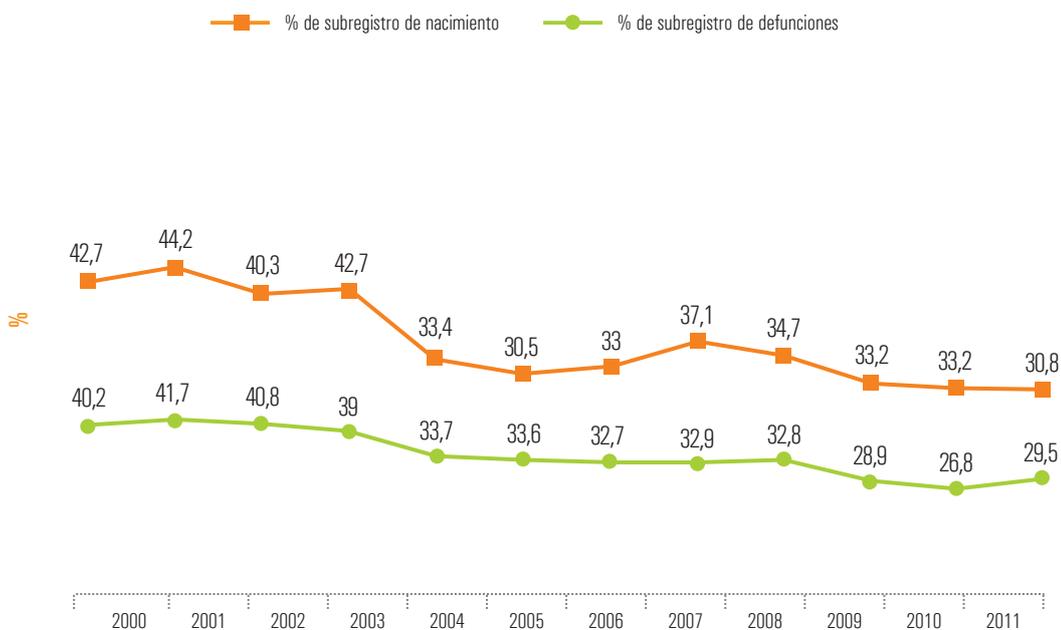
Fuente: elaboración propia con base en BECA, Unicef, Estudio sobre maltrato infantil en el ámbito familiar.  
 Nota: el estudio toma tres categorías de clasificación del maltrato, basándose en la metodología de la OMS (2003), según la existencia de castigos que implican violencia física grave, violencia física leve y violencia psicológica o verbal. También reconoce la ausencia de violencia o maltrato como una cuarta categoría. Violencia psicológica: le gritó al niño o niña; insultó al niño o niña; maldijo al niño o niña; rehusó hablar con el niño o niña; amenazó echar al niño o niña del hogar; amenazó abandonarlo/a; le amenazó con espíritus malignos; cerró la puerta y dejó al niño o niña fuera de la casa. Violencia física leve: nalgadas (con la mano); golpeó al niño o niña en las nalgas (con un objeto); abofeteó al niño/a o le dio un golpe con la mano abierta en la cabeza; estiró el pelo del niño o niña; zamarreó al niño o niña; pellizcó al niño o niña; retorció la oreja del niño o niña; forzó al niño o niña a arrodillarse o permanecer en una posición incómoda; puso pimienta en la boca del niño o niña. Violencia física grave: golpeó al niño o niña con un objeto (no en las nalgas); pateó al niño o niña; quemó al niño o niña; golpeó al niño o niña; amenazó al niño o niña con un cuchillo o arma de fuego; asfixió al niño o niña.

**GRÁFICO 9: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 0 A 17 AÑOS CON SEGURO DE SALUD SEGÚN ÁREA Y CONDICIÓN INDÍGENA, PARAGUAY, 2003-2011**



Fuente: elaboración propia con base en DGEEC, Encuesta permanente de hogares 2003-2011 y Encuesta a hogares indígenas 2008.

**GRÁFICO 10: % DE SUBREGISTRO DE DEFUNCIONES Y NACIMIENTOS. PARAGUAY. PERIODO 2000-2011**



Fuente: MSPBS, Subsistema de Información de las Estadísticas Vitales, Indicadores de mortalidad 2011.





Publicado por el Fondo de las Naciones Unidas  
para la Infancia.

Avda. Mariscal López y Saraví

Tels.: (595-21) 611 007/8

Fax: (595-21) 611 015

Asunción, Paraguay

[informacionpy@unicef.org](mailto:informacionpy@unicef.org)

[www.unicef.org/paraguay](http://www.unicef.org/paraguay)

 /UNICEFParaguay

 @UNICEFParaguay

 /UNICEFParaguay