

DERECHO A LA SALUD

Retrocesos en la atención de la salud urgen debate y refundación del sistema de salud



Las políticas de salud vigentes en el Paraguay se centran en la infraestructura y la privatización, sin atender adecuadamente las necesidades de la población. El estancamiento y los retrocesos en los resultados de salud pública son consecuencia de un modelo hospitalocéntrico que terceriza servicios y descuida la atención primaria. Esta situación revela una falta de inversión y un acceso desigual a los servicios, lo que se evidencia en experiencias fragmentadas y poco efectivas para usuarios y usuarias, que requieren una discusión pública y el análisis de propuestas para refundar el sistema de salud.

Palabras claves: *acceso a servicios de salud, atención primaria de salud, tercerización, políticas de salud.*

**Patricia Lima, Raquel Escobar, Ruth Irala
y Guillermo Sequera**

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL (ALAMES PARAGUAY)

Evelyn Mendoza

PSICOLOGÍA Y COMUNICACIÓN FEMINISTA (PSICOFEM)

Liz Díaz

LA COLECTIVA DE NIÑAS, NIÑOS, ADOLESCENTES Y MUJERES CON DISCAPACIDAD (DISCASFEMPY)

En este artículo se abordará la situación del derecho a la salud en Paraguay durante el periodo de este informe, con énfasis en los estancamientos y retrocesos que se observan en los resultados de salud pública, derivados de un modelo de atención focalizado en hospitales, que terceriza la provisión de servicios al sector privado y desatiende la estrategia de atención primaria. Se analizará cómo estas medidas repercuten en el cumplimiento del derecho a la salud en Paraguay. Se detallarán algunos casos emblemáticos reportados en medios de comunicación masiva y se dará seguimiento a las recomendaciones planteadas en años anteriores.

SITUACIÓN DEL DERECHO EN 2024

EXPERIENCIA FRAGMENTADA Y CAÓTICA EN ATENCIÓN A LA SALUD

El itinerario de atención de la salud en Paraguay se caracteriza por ser incierto, sacrificado, fragmentado e ineficiente. Los resultados en salud siguen siendo deficientes y en muchos casos el acceso a los servicios depende de redes informales de contactos que facilitan consultas más rápidas o permiten reunir fondos para costear medicamentos que el sistema no garantiza. Después del repunte para afrontar la situación de emergencia por la pandemia del COVID-19, la inversión pública en salud se ha reducido y hay una tendencia a tercerizar los servicios asistenciales en lugar de invertir para aumentar la capacidad resolutive del sistema. Esta situación ha conducido a un estancamiento e incluso retroceso en los indicadores de salud. Al presente, el acceso a la salud sigue siendo comparable al de hace veinte años y la mortalidad materna ha vuelto a niveles similares a los de una década atrás.

Este artículo, en particular, se enfoca en los avances y retrocesos del sistema sanitario en Paraguay como garante del derecho a la atención en salud, pero su análisis es incompleto sin considerar las bases productivas y la protección jurídica que condicionan el derecho. La salud depende solo parcialmente de la provisión de servicios médicos. El derecho a la salud se entiende como el resultado de la interacción entre factores políticos, económicos y sociales, que derivan de relaciones de poder que determinan el proceso salud-enfermedad-atención¹. Estas dinámicas influyen directamente en la capacidad de los individuos y las comunidades para acceder a una atención sanitaria adecuada. Por lo tanto, para comprender a profundidad los resultados de salud de una población es fundamental analizar las políticas estatales que garantizan no solo la atención médica, sino también condiciones esenciales para una vida saludable, tales como el acceso a un ambiente

¹ Asa Laurell, «Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados», *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34 (27 de octubre de 2016), <https://cutt.ly/GeDGDZ5o>; Jaime Breilh, «La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)», *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (12 de septiembre de 2013): 13-27, <https://cutt.ly/4eDGFwm1>

sano, una alimentación saludable, condiciones de trabajo dignas, garantías de participación ciudadana y la no discriminación. Estos factores, tratados en otros artículos de este informe, son interdependientes y contribuyen al cumplimiento del derecho a la salud. De hecho, un gran número de las recomendaciones internacionales de derechos humanos vinculadas a la salud, realizadas al Paraguay por los diferentes órganos y procedimientos especiales, en realidad se definen en otras áreas, fuera del ámbito de la clínica y la atención médica.²

Con esta salvedad, se analiza aquí cómo el modelo de organización del sistema de salud ha impactado el acceso a servicios de salud universales y de calidad, con un enfoque especial en los grupos vulnerables. Así, se busca evaluar el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de salud, considerando los desafíos estructurales y coyunturales que enfrenta el sistema.

En el periodo de este informe no se observa ningún cambio sustancial en la urgencia de mejorar el acceso a la atención de salud. El sistema actual no está diseñado pensando en la experiencia de la persona usuaria. Para la elaboración de este artículo, los autores y las autoras documentaron el proceso para obtener un turno de mamografía en un hospital general del departamento Central. Lo que se observó, sumado a otras experiencias empíricas y la revisión de los casos emblemáticos reportados en la prensa local, revela una experiencia fragmentada y poco amigable, marcada por la incertidumbre, la confusión y la ansiedad.

En los hospitales no se dan suficientes informaciones a la persona usuaria. Los sistemas de agendamientos no están adecuadamente comunicados, así que cuando un usuario llega al servicio deambulando intentando entender dónde debe formar fila o sacar número. En algunos servicios, esta organización es confusa e incómoda. Por ejemplo, en el hospital estudiado, los turnos se habilitaban a las 5:30 horas, pero muchos pacientes pasaban la noche en el hospital en condiciones muy precarias para asegurar su lugar en la fila. Desde antes de que se habilite la dispensación, la fila ya era tan larga que muchos no lograban obtener un turno, y al llegar a la ventanilla se les informaba que debían regresar para formar una nueva fila a las 8:30, cuando se habilitaban los turnos de la tarde. Sin orientación oficial, los pacientes improvisaban esta fila adicional en uno de los pasillos, sentándose en las inmediaciones, organizándose de manera informal mediante el boca a boca. Las personas que llegaban por primera vez, sin conocer estos códigos, a menudo perdían la oportunidad de consultar.

2 Ministerio de Relaciones Exteriores, *Sistema de Monitoreo de Recomendaciones sobre Derechos Humanos y Desarrollo Sostenible (Simore Plus)*, 2024, <https://cutt.ly/HeDCFg6q>

Aunque en la experiencia llevada a cabo se logró consultar y realizar el estudio requerido con una espera de cinco días, se evidenciaron notables oportunidades de cuidado y mejoras. Si bien se habían establecido estrategias para promocionar y facilitar el acceso al servicio en el marco del Octubre Rosa, no todos los funcionarios estaban debidamente informados. Esto generaba contradicciones en las indicaciones, causando confusión en las usuarias. Mientras unos funcionarios indicaban que el número debía solicitarse en un lugar, otros daban información diferente, o desconocían si el especialista estaría disponible. La sensación que dejaba era de mucha inseguridad e incomodidad.

El lunes de la visita, al llegar a las 5:40, finalmente sí se logró una consulta con la mastóloga, que fue ágil y cuidadosa. Gracias a los turnos especiales habilitados por el Octubre Rosa, para las 7:30 ya se había consultado y conseguido turno para la mamografía, que fue asignado para ese mismo sábado. Sin embargo, se evidenció que esta ampliación de turnos se hizo a costa de la sobrecarga laboral del personal, sin remuneración adicional por las horas extras trabajadas. Esto podría traducirse, según la información recogida, en una falta de provisión del servicio en los meses siguientes debido a las licencias del personal sobrecargado. Si una mujer requiere realizarse el mismo estudio en noviembre, posiblemente no consiga turno hasta febrero. Al cierre de este informe, mes y medio después del estudio, el resultado aún no estaba disponible.

ESTANCAMIENTO DE LAS METAS EN SALUD

Esa sensación de falta de garantías en el acceso al servicio es recurrente. El modelo de atención de salud en Paraguay ha demostrado ser ineficaz para abordar las necesidades de la población. Las políticas públicas actuales, enfocadas en la atención hospitalaria y la tercerización de servicios, han resultado insuficientes. A pesar de los discursos oficiales que anuncian mejoras en el sistema, es evidente la necesidad de incrementar recursos para garantizar una respuesta más efectiva. Aunque la Atención Primaria de Salud (APS) no ha cumplido todas sus metas, sigue siendo la única estrategia que establece objetivos claros a nivel poblacional.³ En contraste, el resto de los programas se limita a cuantificar el número de atenciones o actividades realizadas, sin una adecuada evaluación del impacto real en la salud pública.

Las bases económicas y el modelo de relaciones de producción de un Estado son determinantes para el estado de salud de su población. En 25 años, el acceso a la salud en Paraguay no ha crecido al ritmo de la economía. Mientras que el producto interno bruto (PIB) ha aumentado cinco veces (500%) desde 1999, el acceso a servicios de salud solo ha mejorado en 21 puntos porcentuales,

3 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), *Rendición de Cuentas al Ciudadano*, <https://cutt.ly/feDGKpSU>

pasando del 48,3% en 1999 al 69,4% en 2023.⁴ Esto significa que, en la actualidad, tres de cada diez personas en Paraguay siguen sin acceso a ninguna atención médica cuando se enferman o sufren un accidente.

En el periodo del informe, no se han presentado ni discutido propuestas a nivel público para avanzar a un modelo de protección social universal. El presupuesto de salud prioriza la construcción de infraestructura y la tercerización de servicios, mientras que se descuida la estrategia de APS, que ha demostrado ser más integral y efectiva.

En Paraguay, si la salud se menciona como una prioridad del Gobierno, es desde una perspectiva de ampliación del mercado. En un país altamente dependiente de la importación de insumos médicos y tecnología sanitaria, la mercantilización de los servicios de salud fomenta la acumulación de capital, a la vez que aumenta la precarización laboral en el sector. Como manifestación de esta tendencia, se observan un crecimiento del aseguramiento privado y un enfoque en el financiamiento de infraestructura a través de créditos internacionales, con planes de tercerización de servicios.

Por un lado, el Gobierno ha anunciado la construcción de al menos tres grandes hospitales sin garantizar la dotación de equipos y recursos humanos y, por el otro, se desarticula el trabajo interinstitucional imprescindible para la promoción de calidad de vida y capacidad de gerenciamiento de redes de atención y cuidado. Los programas de salud con enfoque interinstitucional implementados (escuelas saludables, municipios saludables) suelen ser testimoniales y operan con presupuestos insuficientes, lo que limita su capacidad de generar resultados concretos y sostenibles.

La tendencia hacia la mercantilización del sistema de salud se evidencia también en la falta de inversión pública sostenida. Aunque el Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) habla de mejorar la infraestructura de 500 Unidades de Salud de la Familia (USF) y construir otras 535 nuevas, según el informe de gestión, en el 2023 solo se han instalado 21 USF, un 15% de la meta anual.⁵

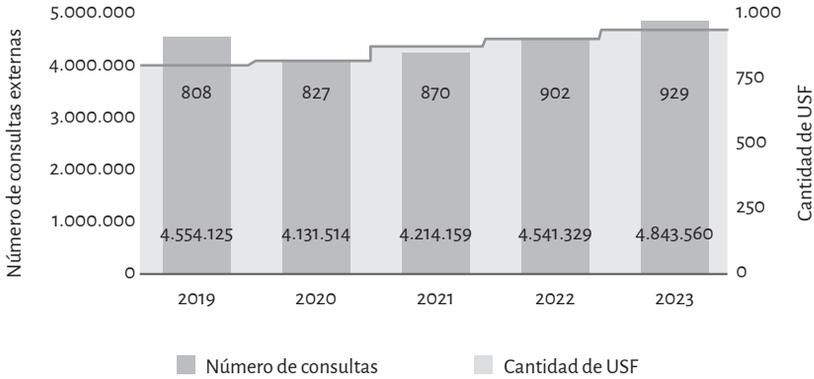
A este ritmo, entre 2019 y 2023, el número de USF en el país creció apenas 15% y sin aumentar su capacidad resolutive, dado que en el mismo periodo las consultas médicas solo aumentaron un 6%.⁶ Este desajuste sugiere que se han expandido los servicios sin dotarlos de las condiciones para ofrecer atención (gráfico 1).

4 Grupo Banco Mundial, *PIB (US\$ a precios constantes de 2015)*, <https://cutt.ly/zeDGKmUO>. Instituto Nacional de Estadística (INE), *Datos de Salud, Encuesta Permanente de Hogares 2024*, <https://cutt.ly/oeDGKQO>

5 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, *Balance Anual de Gestión Pública BCAP 2023*, <https://cutt.ly/FeDHWRDP>

6 Ministerio de Economía y Finanzas, *Portal de Datos Abiertos - Ministerio de Hacienda*, al mes de septiembre de 2024, <https://cutt.ly/VeDHWXwp>. Ministerio de Economía y Finanzas, *Ejecución Financiera del PGN 2023*, <https://cutt.ly/QeDHEtV3>

GRÁFICO 1. NÚMERO DE CONSULTAS PRESTADAS POR USF Y CANTIDAD DE USF HABILITADAS, POR AÑO, ENTRE 2019-2023



Fuente: elaboración propia a partir de los Balances Anuales de Gestión Pública⁷.

También se evidencia una tendencia a la privatización. En Paraguay, entre 2010 y 2019, mientras el presupuesto público en salud creció un 174%, los contratos para seguros privados aumentaron en un 8.477%⁸. Este uso de fondos públicos para pagar servicios de seguro médico privado se da en forma encubierta, pues estos privilegios de ciertos grupos de funcionarios públicos no son discutidos en un debate público transparente y representan una tendencia. En América Latina, el mercado de seguros casi se ha triplicado en los últimos 10 años, siendo la región de más rápido crecimiento a nivel mundial⁹. La creciente influencia de actores mercantilistas ha condicionado reformas solapadas en el sistema de salud, sin alterar los esquemas de prebenda y corrupción que perpetúan la inequidad en el acceso.

El presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social —que había crecido con la pandemia— se ha estancado y su ejecución se mantiene alrededor del 70% cada año (gráfico 2). Si bien en 2022 el gasto público en salud alcanzó el promedio regional por primera vez, pasando del 3% al 4,5% del PIB, este aumento se financia mayormente con deuda pública y se sigue trabando la oportunidad de aprovechar el espacio fiscal para subir los impuestos.

⁷ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, *Balance Anual de Gestión...*

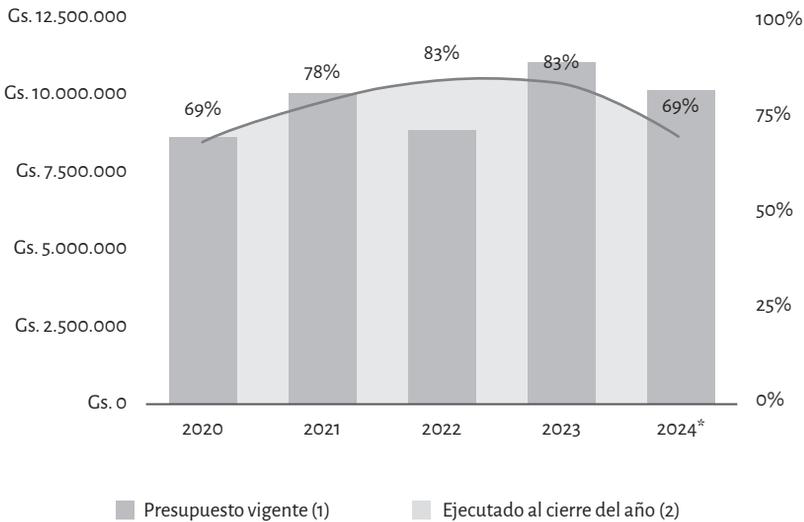
⁸ Verónica Serafini, *El pilar contributivo de la protección social en Paraguay. Principales características y desafíos* (Asunción: CADEP, 2021), <https://cutt.ly/geDGV0Yo>

⁹ Christopher Craddock et al., *Reporte Global de Seguros 2023: Capturando la siguiente ola de crecimiento en América Latina* (Chicago: McKinsey & Company, 2023), <https://cutt.ly/3eDGBzUo>

En junio del 2024, la Cámara de Diputados volvió a rechazar y archivó la propuesta de aumentar un 2% el impuesto selectivo al consumo del tabaco para alcanzar el 24%¹⁰. Mientras en la región el impuesto al tabaco ronda el 60% y 80% y sostiene parte del tratamiento de los pacientes con cáncer, en Paraguay, por intereses comerciales de la élite política, sigue en apenas el 22%.

Entretanto, la deuda pública de Paraguay aumentó del 10,8% del PIB en 2013 al 35,8% en 2022. En 2024, los servicios de la deuda pública superan al gasto público en salud¹¹. Con el aumento de la deuda pública y la falta de inversión en recursos humanos y equipamientos, todo apunta a que el Gobierno apuesta por un modelo de aseguramiento, copago y compras de servicios del sector privado, un modelo que favorece la circulación de capital y la instalación de firmas aseguradoras transnacionales.

GRÁFICO 2. PRESUPUESTO DEL MSPBS, VIGENTE Y EJECUTADO AL CIERRE DEL AÑO (EN MILLONES DE Gs.), PERIODO 2020-2024



* Al cierre de septiembre de 2024.

Fuentes: 1. Presupuesto vigente, Portal de Datos Abiertos MEF. 2. Viceministerio de Administración Financiera, 2024. Principales Indicadores Financieros - Ejecución Financiera Mensual del PGN¹².

10 Dirección de Comunicación Cámara de Diputados, «Archivan propuesta de aumentar el impuesto selectivo al tabaco», *Honorable Cámara de Diputados*, 19 de junio de 2024, acceso el 10 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/EeDHEYWK>

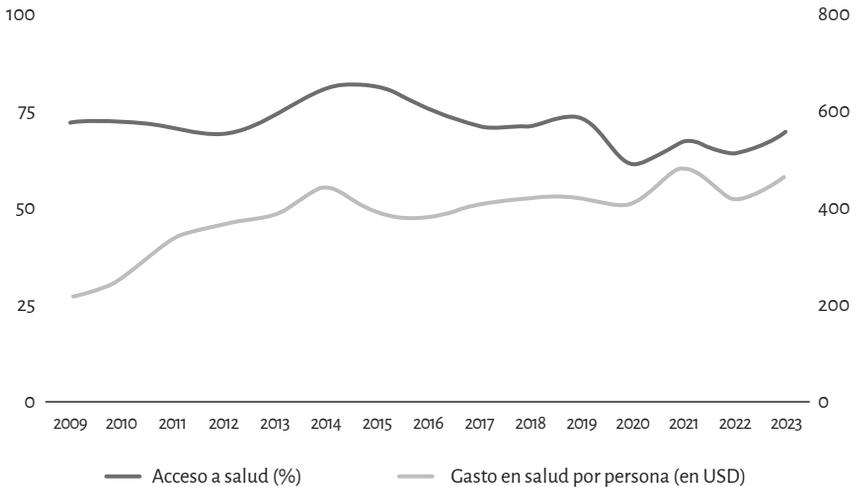
11 MEF, Portal de Datos Abiertos - Ministerio de Hacienda.

12 MEF, Portal de Datos Abiertos MEF, <https://cutt.ly/VeDHWXwp>. Viceministerio de Administración Financiera, 2024. Principales Indicadores Financieros - Ejecución Financiera Mensual del PGN, <https://cutt.ly/XeD3ImKf>

SALUD PARA POBRES Y POBRES RESULTADOS EN SALUD

El análisis de los resultados en salud revela la falta de efectividad de las políticas implementadas, por pensarlas desde la exclusión y no como universales. Al examinar el histórico de indicadores entre 2008 y 2012, con la implementación de la estrategia de APS y la triplicación de la inversión en infraestructura y recursos humanos, se alcanzaron resultados prometedores, con un acceso del 81,3% en 2015. Sin embargo, a partir de ese año, el progreso se estancó y retrocedió durante la pandemia en 2020. Desde entonces, los indicadores no han mejorado y actualmente se sitúan en niveles comparables a los de hace una década (gráfico 3).

GRÁFICO 3. EVOLUCIÓN DEL GASTO PER CÁPITA EN SALUD Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PARAGUAY (2009-2023)



Punto 2021: Aumento de la inversión por la pandemia del COVID-19.
 Fuente: Encuesta Permanente de Hogares y Tablero de Datos del Grupo Banco Mundial.

RETROCESOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Se han registrado importantes retrocesos en el país con relación a la implementación de educación sexual integral en escuelas y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para prevenir embarazos no deseados y mejorar la atención a mujeres rurales e indígenas, que habían sido objeto de recomendaciones internacionales.¹³

¹³ Ministerio de Relaciones Exteriores, *Sistema de Monitoreo...*

Un estudio sobre fecundidad y maternidad adolescente¹⁴, presentado este año, sitúa a Paraguay como el segundo país del Cono Sur con más embarazos adolescentes. De cada 100 nacimientos, 20 corresponden a adolescentes de entre 15 y 19 años y donde una de las niñas tiene menos de 15 años. Los datos señalan que la situación de pobreza duplica el riesgo de embarazo a edades cada vez más tempranas.¹⁵ En el 2023, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social registró 10.743 nacimientos de madres adolescentes de entre 15 y 19 años, de las cuales 563 fueron indígenas, 406 nacimientos de niñas de entre 10 y 14 años, de las cuales 85 fueron indígenas¹⁶.

El Paraguay no cuenta con una Política Nacional de Educación Integral de la Sexualidad, y desde este año los ministerios de Educación, Niñez y Salud utilizan el cuestionado material *12 Ciencias para la educación de la sexualidad y la afectividad en la familia*, promovido por grupos evangélicos denominados «provida» dedicados a la elaboración de materiales educativos, y esta es la única respuesta a tal enorme problemática¹⁷.

AVANCES Y LIMITACIONES PARA LA SALUD MENTAL Y LA DISCAPACIDAD

Las recomendaciones internacionales destacan la importancia de desarrollar servicios comunitarios para la atención de la salud mental y de las personas con discapacidad, enfocándose en la descentralización y la accesibilidad en áreas rurales. Estas propuestas buscan eliminar la institucionalización y la sobremedicación de personas con discapacidad, garantizando su autonomía y derechos. Sin embargo, los servicios básicos siguen centralizados en la capital, y una familia con un niño o una niña con discapacidad compleja, como por ejemplo el Trastorno del Espectro Autista, o una persona con discapacidad psicosocial, se ve obligada a trasladarse a Asunción para obtener un diagnóstico y tratamientos adecuados. Esto genera múltiples gastos en transporte y alojamiento para acceder a consultas y servicios. A pesar de que en 2022 se promulgó la Ley N.º 7018 de Salud Mental y que este año se han elaborado documentos clave como la Política Nacional de Salud Mental 2024-2030¹⁸, el Plan Nacional de Salud Mental 2024-2030¹⁹ y

14 UNFPA, *Reporte Fecundidad y embarazo adolescente en el Cono Sur: Apuntes para la construcción de una agenda común* (UNFPA, 2016), <https://cutt.ly/NeFhNrGz>

15 «Paraguay, segundo país del cono sur con más embarazos adolescentes», MSPBS, 27 de mayo de 2024, acceso el 10 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/BeDGBKbn>

16 «Solicitud #77622. Solicitar datos sobre abuso sexual NNA y embarazos», *Portal Unificado de Acceso a la Información Pública*, acceso el 10 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/MeDGB8BU>. «Solicitud #81387. MSPBS: Datos varios de Salud. Periodo 2021-2023», *Portal Unificado de Información Pública*, <https://cutt.ly/7eDVeihC>

17 «MEC, Niñez y Salud trabajan en educación sexual y “12 Ciencias” es el material base», *ABC Color*, 9 de junio de 2024, acceso el 10 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/TeDGNxPE>

18 MSPBS, *Política Nacional de Salud Mental 2024-2030*, <https://cutt.ly/zeF7lKr1>

19 MSPBS, *Plan Nacional de Salud Mental 2024-2030*, <https://cutt.ly/lEf7kMWs>

el *Manual Organizacional de la Red de Salud Mental y Adicciones*²⁰, la realidad es que resulta casi imposible encontrar equipos interdisciplinarios de salud mental en las comunidades y los centros urbanos, o servicios de urgencia en salud mental en los hospitales.

Por su parte, la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad (Senadis), cuyo rol debería expandirse, sigue destinando casi el 90% de su presupuesto a la habilitación y rehabilitación de personas con discapacidad, asumiendo funciones que deberían estar integradas en las políticas del Ministerio de Salud. Actualmente, las personas con discapacidad continúan acudiendo a la Senadis incluso para dolencias comunes, ya que el sistema de salud pública no ha incorporado plenamente la habilitación y rehabilitación en su estructura de atención.

SUMAR, denominado «plan estrella del Gobierno» por la ministra de Salud, tiene el objetivo de prevenir las adicciones, con tres pilares: la prevención, la rehabilitación y la reducción de la oferta y la demanda de drogas. Mientras el presidente Santiago Peña le ha exigido a su equipo mayores resultados, la ministra ha confesado que para implementar adecuadamente SUMAR no cuentan con una infraestructura ni médicos especialistas para dar atención a una alta cantidad de pacientes y mencionó que «solo en Asunción y Central hay 90.000 adolescentes en condición de adicción».²¹

BARRERAS PERSISTENTES PARA LA SALUD DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

Las recomendaciones internacionales hablan de indicadores intolerables de inequidad con relación al acceso a servicios de salud en comunidades indígenas, sin que se respeten sus sistemas tradicionales de salud y la persistencia de prácticas discriminatorias. Las barreras que siguen existiendo para la población indígena son las de acceso (caminos, transporte), las culturales (discriminación, desprecio a su cultura, problemas con el idioma, no hay traductores en los servicios de salud) y las de información y comunicación.

CONDICIONES PRECARIAS Y RIESGOSAS DE SALUD DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Las recomendaciones internacionales hablan de una urgente necesidad de mejora en las condiciones de salud dentro de centros de detención, con acceso a exámenes médicos, atención confidencial y tratamientos adecuados

²⁰ MSPBS, *Manual Organizacional de la Red de Salud Mental y Adicciones*, <https://cutt.ly/PeF7zI9B>

²¹ «Ministra reconoce que plan Sumar avanza lento y faltan especialistas», *Última Hora*, 9 de octubre de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/geDGNP3U>

para enfermedades como VIH/sida y tuberculosis. El Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura denunció ante la prensa unos 36 casos de tortura a personas privadas de su libertad, entre las que al menos siete resultaron con amputaciones del dedo meñique. También halló un patrón de agresiones en zona del glúteo de los reclusos²².

La tasa de mortalidad dentro de los centros penitenciarios supera a la de la población general, además, con la particularidad de tener una sobrerrepresentación de causas violentas y prevenibles.²³

La población penitenciaria se ha más que duplicado en la última década. El hacinamiento en las prisiones genera diversas enfermedades, destacándose entre ellas la tuberculosis. Actualmente del total de casos reportados en el país, el 20% ocurre en prisiones y otro número importante de casos se «derrama» a la población general. De esta manera, la tuberculosis, una enfermedad curable y que podría haberse eliminado, hoy tiene a las prisiones hacinadas en todo el país como el motor de la epidemia.²⁴ El riesgo de enfermar de tuberculosis en las prisiones del Paraguay es uno de los más altos del mundo. De esta manera, la condena en las prisiones paraguayas no solo es privar la libertad, sino contagiarse de tuberculosis en prisión y luego, tarde o temprano, enfermar, aunque ya se haya salido de ella.²⁵

CASOS OCURRIDOS EN 2024

Se ha realizado una revisión exhaustiva de artículos periodísticos con el fin de identificar casos paradigmáticos concretos de violación de derechos, pues grafican un patrón recurrente de violaciones, y su tratamiento o respuesta genera un impacto que trasciende las consecuencias del caso particular.

- **Brechas insondables en el acceso a servicios de salud.** Se evidencian altos gastos de bolsillo, maltrato, discriminación, falta de recursos humanos y servicios de calidad. Estas carencias no son atendidas ni se está trabajando en un plan para el mejoramiento en términos de provisión de recursos e insumos, tampoco en la humanización y capacitación de los profesionales de la salud. Los pacientes y sus familiares reclaman malos tratos, falta de medicamentos, incluso omisión de auxilio. Por

22 Sergio González, «Detectan casi 40 casos de violencia y amputaciones de dedos en el Cereso de Itapúa», *ABC Color*, 31 de agosto de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/aeDGMJbp>

23 Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura, *Muertes bajo custodia. Registro Nacional de Personas Fallecidas en Instituciones de Privación de Libertad 2013-2020* (Asunción: MNP, 2020), <https://cutt.ly/OeDG1wQk>

24 Víctor Guillermo Sequera *et al.*, «Increased Incarceration Rates Drive Growing Tuberculosis Burden in Prisons and Jeopardize Overall Tuberculosis Control in Paraguay», *Scientific Reports* 10, N.º 1 (4 de diciembre de 2020): 21247, <https://cutt.ly/CeDG1zPX>

25 Guillermo Sequera *et al.*, «Excess Tuberculosis Risk during and Following Incarceration in Paraguay: A Retrospective Cohort Study», *The Lancet Regional Health - Americas* 31 (1 de marzo de 2024), <https://cutt.ly/AeDHchAr>

ejemplo, en los hospitales materno-infantiles de Santísima Trinidad y San Pablo, importantes servicios de salud en la capital, los pacientes y familiares reclamaron que los kits de parto estarían incompletos y los gastos de estancia en el hospital rondan los 250.000 guaraníes por día.²⁶

- **Omisión de auxilio.** Se reportaron graves casos, de los que se ejemplifican dos:
 - **Centro de Salud de Ypané.** Una joven de 18 años con vómito y convulsiones acudió al lugar en la madrugada, le aplicaron suero y el doctor le dijo a la madre que seguramente su hija estaba en la «dulce espera». Las enfermeras y los médicos se retiran de ahí, por lo que la familia decide llevarla al Hospital de Itauguá. Allí detectaron que la joven estaba con accidente cerebrovascular (ACV) y, tras una cirugía de la cabeza, ingresó a terapia intensiva.²⁷
 - **Hospital de Barrio Obrero.** Un video que se hizo viral mostró un impactante incidente en este hospital, donde personal de salud se negó a atender a una mujer con múltiples fracturas. En el material, grabado por uno de los oficiales que la llevó al hospital, se observa cómo también se rehusaron a gestionar una ambulancia para trasladarla a otro centro de salud. El video capturó una intensa discusión entre los oficiales y el personal del hospital, mientras los gritos de dolor de la mujer se escuchaban de fondo. Ante esta situación, el Ministerio de Salud anunció una investigación para esclarecer lo ocurrido.²⁸
- **Casos de salud mental en la región Occidental.** Se identificaron casos relacionados con la salud mental, suicidios, cuadros de depresión y ansiedad. Además, la popularidad del consumo de sustancias principalmente en la población escolar y jóvenes ha ido aumentando en el Chaco. A través de los medios de prensa, padres de familia reclamaron servicios de salud mental gratuitos para la población, ya que el Hospital de Filadelfia es el único disponible y tiene costos elevados.²⁹
- **Carencias para pacientes oncológicos.** La asociación de familiares y pacientes de cáncer es constantemente la protagonista de los titulares principales en los periódicos; sin embargo, no fue suficiente para que

26 «Salud: faltan insumos para partos en hospitales materno infantiles, denuncian», *ABC Color*, 13 de junio de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/OeDHcWAC>

27 Higinio Ruiz Díaz, «Ypané: familiares de una joven denuncian omisión de auxilio en Centro de Salud», *ABC Color*, 26 de febrero de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/ZeDHcY4M>

28 «Omisión de auxilio en Hospital de Barrio Obrero: Salud anuncia “investigación” y no descarta “otras acciones legales”», *ABC Color*, 27 de mayo de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/MeDHcMW8>

29 Natalia Ortiz, «Chaco: urgen psicólogos y la implementación de un programa intensivo de salud mental», *ABC Color*, 14 de marzo de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/deDHc7Qo>

el Gobierno suba los impuestos al tabaco para aprovechar el espacio fiscal que aún se tiene en ese rubro. Denuncias y manifestaciones de pacientes del Instituto Nacional del Cáncer (INCAN) por falta de insumos, medicación o acceso a tratamiento son cada día más comunes. Algunos casos alcanzaron bastante notoriedad, como los de una mujer que reclamaba medicamentos para quimioterapia y se descompensó en plena manifestación, y de otra mujer que se encadenó frente al INCAN con otros pacientes y familiares exigiendo la renuncia del director y la ministra de Salud.³⁰

- **Cierre de la participación con la ciudadanía.** La participación ciudadana en temas de salud no suele repercutir en las decisiones sobre temas de gestión de los responsables. Un caso que grafica muy bien esto es el conflicto que se dio en Yataity del Norte entre el Consejo de Salud Local y la organización denominada Coordinadora para el Desarrollo Distrital. Esta última entidad denunció el retraso de la construcción de un Hospital Básico. Los principales dirigentes de la organización fueron denunciados ante el Ministerio Público por presuntos hechos de perturbación a la paz y coacción.³¹

CONCLUSIONES

El derecho a la salud en el Paraguay no está garantizado para toda la población. La estrategia que podría hacerlo, si funcionara plenamente, es la de Atención Primaria en Salud, pero la misma está volviendo a ser un mero discurso, y en la práctica el modelo de salud vigente es el hospitalocéntrico, centrado en la enfermedad, lo que trae como consecuencias enormes desigualdades en el acceso a los servicios de salud, diagnósticos tardíos o no hechos, enfermedades y muertes prevenibles, discapacidad y exclusión. La población que más afectada se ve es la que vive lejos de los centros de atención centralizados, población indígena y rural. No hay cambios sustanciales en el periodo de este informe, ni en la inversión en salud, ni en la forma como se administran y gestionan los recursos. Por el contrario, se evidencian una tendencia progresiva a la privatización mediante la tercerización de servicios y un retroceso alarmante en indicadores, tales como el acceso a servicios de salud y el gasto per cápita en salud. Urge debatir ampliamente el modelo de salud necesario en el Paraguay para alcanzar un sistema de salud que sea universal, inclusivo y sin barreras de ninguna índole.

30 «Video: pacientes con cáncer se descompensan frente al Ministerio de Salud», *ABC Color*, 29 de julio de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/XeDHviMy>; «Paciente oncológica se encadena: "Sr. Presidente te hago responsable si no amanezco"», *ABC TV*, 29 de julio de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/eeDHvcpv>

31 Sergio Escobar Rober, «Yataity del Norte: conflicto entre una organización distrital y el Consejo de salud local llega a la fiscalía», *ABC Color*, 8 de febrero de 2024, acceso el 17 de octubre de 2024, <https://cutt.ly/oeDHvFbl>

RECOMENDACIONES

- Aumentar el presupuesto de salud pública hasta al menos el 6% del PIB y destinar al menos el 30% del presupuesto al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), asegurando el financiamiento con recursos estatales a través de impuestos progresivos.
- Fortalecer la estrategia de APS, aumentando la cantidad de Unidades de Salud de la Familia (USF) para cubrir a toda la población, dotándolas de equipos humanos completos, infraestructura, insumos y medicamentos necesarios para operar en red de manera resolutive.
- Refundar el sistema de salud para que sea único, universal, integral y gratuito, integrando los subsistemas y reforzando las Redes Integradas de Servicios de Salud con transporte, gestión de información y comunicación eficientes.
- Dignificar y capacitar al personal de salud, implementando una carrera sanitaria para fortalecer los recursos humanos, disminuir la carga administrativa en las USF y capacitar al personal en atención humanizada, con herramientas para la movilización comunitaria e interculturalidad.
- Mejorar el acceso a servicios en comunidades vulnerables, especialmente a las comunidades indígenas, garantizar la inclusión de personas con discapacidad, aplicar ajustes de accesibilidad y asegurar la implementación de la Ley de Salud Mental.
- Asegurar la vigilancia y el control ciudadano, estableciendo mecanismos de vigilancia de la calidad de atención mediante Aty Guasu en las USF, al menos dos veces al año, fortaleciendo la descentralización con participación ciudadana.
- Promover la seguridad alimentaria y regulación de agrotóxicos, implementando la Ley de Rotulado Frontal de Alimentos, garantizando que no haya residuos tóxicos en alimentos, y proteger a la población, especialmente infantil, de la exposición a agrotóxicos.
- Impulsar investigaciones sobre el uso de agrotóxicos y semillas transgénicas, difundiendo los hallazgos a la población.

Patricia Lima

Docente, investigadora y asesora técnica en gestión, planificación y evaluación en políticas públicas y salud colectiva. Integrante de LABSO - Laboratorio de Políticas Sociales de FLACSO. Comunicadora y PhD en Ciencias para el Desarrollo. Militante por el derecho a la salud.
Contacto: alames.py@gmail.com

Raquel Escobar

Médica pediatra, docente e investigadora de temas de infancia, ciencias biomédicas y medicina social. Cuenta con una trayectoria de trabajo en terreno y en gabinete en temas relacionados a la salud humana individual y colectiva, asesoramiento técnico en planificación y gestión de servicios de salud. Militante por el derecho a la salud.
Contacto: alames.py@gmail.com

Ruth Irala

Psicóloga. Defensora de los derechos humanos de personas con discapacidad. Coordinadora Nacional de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Militante por el derecho a la salud.
Contacto: alames.py@gmail.com

Guillermo Sequera

Médico Internista. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Epidemiólogo, PhD en investigación traslacional en salud. Investigador categorizado nivel II del sistema nacional de investigadores. Militante por el derecho a la salud.
Contacto: guillesequera@gmail.com

Evelyn Mendoza

Egresada de la carrera de Psicología Comunitaria de la Universidad Nacional de Asunción. Diplomada en Educación Sexual Integral, miembro de LABSO - Laboratorio de Políticas Sociales de FLACSO. Investigadora del INAES. Cofundadora de la organización de la sociedad civil PsicoFem, parte de la Red Feminista de Salud Mental - Paraguay.
Contacto: psicofempy@gmail.com

Liz Paola Díaz Barreto

Licenciada en Psicopedagogía. Facilitadora laboral, asesora en inclusión, accesibilidad y discapacidad. Miembro de La Colectiva de niñas, niños, adolescentes y mujeres con discapacidad: DiscasFemPy.
Contacto: diazbarretolizpaola@gmail.com