

¿Qué **ER** forma?  
pensando  
el Estado  
pospandemia



# ALCANCE DE LA SALUD PÚBLICA EN PARAGUAY Y SUS DESAFÍOS

Carmen Gómez y Raquel Escobar

El mundo se enfrenta a la propagación de un virus nuevo, el SARS CoV2, más conocido como COVID 19. La mayoría de las personas que mueren por este virus tienen enfermedades preexistentes o condiciones desventajosas como la vejez. En Paraguay, aproximadamente el 69% de quienes están falleciendo por la enfermedad COVID 19 posee una o más comorbilidades (hipertensión, diabetes, obesidad, cardiopatía, asma, entre otras) ([MSPBS, 2020](#)).

La pandemia pone en tela de juicio a los sistemas de salud. La crisis es una oportunidad para definir el sistema de salud que se desea en Paraguay. El sistema actual: ¿es universal y equitativo?, ¿qué cambios deberían darse en el sistema?, ¿qué modelos de salud o experiencias en países de la América Latina (AL) existen que puedan nutrir al debate nacional sobre este tema?

Para dar respuesta a estas interrogantes, resulta fundamental que, como sociedad, pensemos propuestas y parámetros para un sistema de salud centrado en el respeto al derecho a la salud, en cuanto que derecho humano y social. En tal sentido, el mismo deberá ser capaz de ofrecer respuestas universales, rápidas e integrales a toda la ciudadanía. A la vez, deberá ser sostenible financieramente, con fórmulas fiscales que garanticen la prestación de los servicios que nuestra población necesita.



## ¿Cómo es el sistema de salud (SNS) de Paraguay?

El SNS está caracterizado por una gran fragmentación entre los subsectores que lo conforman (público, privado y mixto), los cuales no están coordinados ni integrados. En la práctica coexisten subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, lo que, a su vez, trae como consecuencia que la población reciba diferentes servicios y atenciones según sus circunstancias económicas y de vida.

El SNS es inequitativo, resulta caro e ineficiente y con problemas de cobertura, principalmente en áreas rurales (DGEEC, 2018)

A los obstáculos que mucha gente tiene para acceder a servicios de salud, debe sumarse la carencia de condiciones de vida básicas y necesarias. En la Tabla 1 puede apreciarse que existen desigualdades de acceso a agua y saneamiento según que la población sea urbana o rural.

**Tabla 1.**  
**Acceso a agua y saneamiento según sea población urbana o rural (DGEEC, 2018)**

AGUA Y SANEAMIENTO	Total País	Población urbana	Población rural
Población con acceso a saneamiento mejorado**	83.5%	95.3%	64.2%
Población con acceso a agua mejorado***	87.2%	90.9%	81.4%

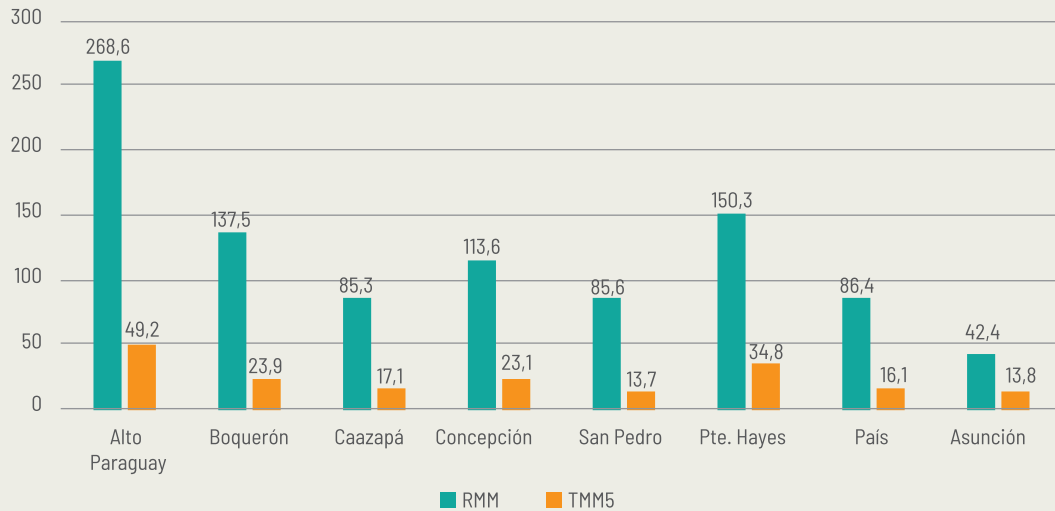
\*\*Incluye desagüe por red pública, pozo ciego con o sin cámara séptica.

\*\*\*Incluye ESSAP+ Senasa o Junta de Saneamiento+ Red Comunitaria + Red o prestador privado + pozo artesiano + 0,2\* pozo con bomba + 0,2\* pozo sin bomba + Agua de lluvia.

Las desigualdades sociales y sanitarias hacen que en ciertas regiones de nuestro país haya mayor mortalidad; la razón de mortalidad materna y la tasa de mortalidad de menores de 5 años son mayores en los departamentos del país con más desigualdad sanitaria (acceso a saneamiento, a atención de salud con personal calificado, entre otros) y social (pobreza total, desempleo, años de estudio, entre otros) que el promedio nacional, y la diferencia se hace aún mayor comparando con la Capital del país.

Gráfico 1.

**Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) y tasa de mortalidad en menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos) comparadas en regiones del país con mayor desigualdad sanitaria y social, con el promedio nacional y la capital del país. Paraguay, 2017**



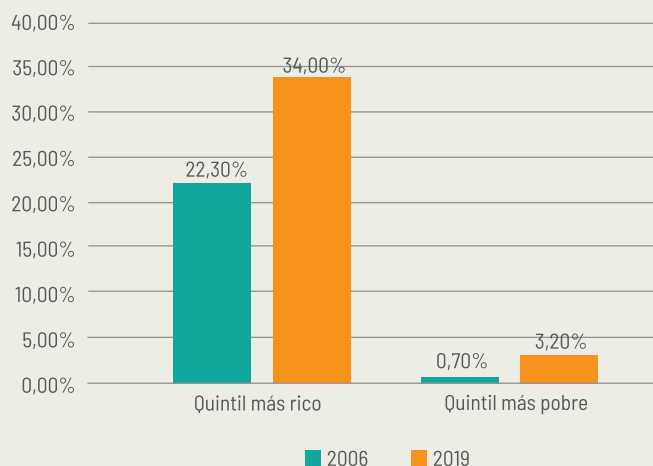
Fuente: elaboración propia con datos de [Tullo y col, 2020](#) y [MSPBS, IBS 2017](#).

Según Lalonde (1974) la salud depende 43% de las condiciones de vida, 27% de la biología humana, 19% del medio ambiente, y solamente 11% de los servicios de salud. Las causas evitables de muerte de la población en general en Paraguay desde hace décadas develan que el sistema de salud no llega a todos, o lo hace de manera ineficiente, inoportuna y excluyente. Como este sistema tampoco está articulado con los demás sectores del sistema de protección social<sup>1</sup>, lo hace más costoso e ineficiente. Hasta el momento, las intervenciones sociales existentes son fragmentadas y una parte importante de la población continúa excluida de los beneficios del desarrollo (campesina, indígena, población suburbana) (Serafini, 2016).

De todos los sectores del SNS, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) cubre al mayor porcentaje de la población, ya que 72,9% de la población no tiene seguro médico (MSPBS/OPS, 2019). En promedio, el 19,9% de la población tiene seguro de Instituto de Previsión Social (IPS) (EPH, 2019). Pero si este acceso es comparado en segmentos de ingresos, las diferencias se hacen significativas.

<sup>1</sup> Un modelo de salud que garantice el derecho a la salud de la población, necesariamente debe articularse en un marco amplio de protección social o conjunto de políticas que contemplan acciones para mitigar la vulnerabilidad de la vida de las personas.

Gráfico 2.  
Porcentaje de la población que tiene seguro de IPS según ingresos,  
Paraguay 2006 – 2019



Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH 2006 -2019.

Las condiciones de acceso a la salud de la población pobre no ha cambiado si se considera que, en el 2006, el 99% de esta población no tenía seguro médico y, en el 2019, casi 97% sigue sin tenerlo. Las personas sin seguro médico acuden a los servicios del MSPBS que, si bien tienen aranceles exonerados desde el año 2008, no cubren todos los servicios ni poseen todos los medicamentos necesarios. Esto expone al sector más vulnerable a un gasto de bolsillo proporcionalmente mayor a sus ingresos<sup>2</sup>.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los países deberían destinar para el gasto público en salud al menos el 6% del PIB (OPS, 2014). Si se comparan los gastos corrientes de salud en Paraguay<sup>3</sup>, en relación al PIB, con otros países de la región, en el 2018 nuestro país gastó 6,8% del PIB total, Chile 8,5%, Brasil 11,8% y Colombia 5,9%. Si bien el gasto se ubica en un término medio con respecto a los países mencionados, el 56% de este gasto pertenece a la salud privada. A pesar que la tendencia del gasto corriente

2 Según datos de la EPH 2014 el 75,1% de la población que reportó alguna enfermedad o accidente, tuvo gastos de bolsillo (GBS). El GBS promedio fue de 54,5 USD, por persona, de los cuales el gasto por medicamentos fue de 29,1 USD, por estudios de diagnóstico, 12,4 USD por hospitalizaciones 10,2 USD y por consultas 3,1 USD. La proporción de gasto por medicamentos es mayor entre los pobres extremos, 72,3%. El pago directo por uno o varios componentes (consultas, medicamentos, estudios de diagnóstico u hospitalización) representó el 22,8% del ingreso promedio de la población general, para los pobres no extremos fue el 40,7% y para los pobres extremos el 95,8%. El precio pagado por medicamentos representa el 72% del ingreso promedio de los pobres extremos (Giménez 2017).

3 La estructura financiera del sector salud (público y privado) se agrupan en gastos corrientes (consumo anual de bienes y servicios) y gastos de capital (infraestructura, maquinaria y equipos, entre otros).

en salud va en aumento (10 billones de guaraníes en el año 2012 a 16 billones de guaraníes en el año 2016), la carga del financiamiento recae principalmente en los hogares (Cuentas de Salud, 2018<sup>4</sup>). Esto demuestra que la salud pública en Paraguay no es una prioridad presupuestaria, lo que profundiza las inequidades para el acceso a la misma.

Además, existen otras situaciones inequitativas. En algunas instituciones públicas se destinan fondos para financiar servicios de salud bajo la forma de un complemento salarial. Otras cuentan con seguros privados o Seguros VIP (Ministerio de Hacienda, Parlamento, BCP, Corte Suprema de Justicia, binacionales entre otros) también financiados con recursos del Tesoro, lo que implica la transferencia de dinero público al sector privado (Serafini 2016).

Durante más de 50 años el SNS se construyó con un modelo centrado en la lógica curativa, concibiendo a los hospitales como el centro del sistema, enfocándose la oferta de servicios en tratar enfermedades en estado avanzado, lo que supuso una mayor necesidad de recursos humanos especializados, tratamientos caros y complejos, más tecnología. Como el modelo no estuvo orientado a la prevención, y mucho menos a la promoción, este primer nivel no se desarrolló, no fue objeto de financiación ni de fortalecimiento.

Desde el año 2008 se inició una reorganización y reorientación del SNS, pasando de los tradicionales niveles de atención a redes integradas e integrales de servicios de salud, con un modelo de atención centrado en la promoción de la salud. La reestructuración del sistema se inició con la implementación de las Unidades de Salud de la Familia (USF), puerta de entrada al sistema operando en los territorios. Los puestos de salud y dispensarios del primer nivel debían ir reconvirtiéndose en USF y entre los servicios de distintos niveles de complejidad debía existir un eficiente y ágil sistema de comunicación y logística de transporte.

La reestructuración del SNS también inició un cambio en la concepción del diseño de los programas, de tal manera que los mismos sean integrados en proyectos estructurantes por ciclos de vida para que la población reciba una atención integral<sup>5</sup>. Además, desde el año 2008 se abolieron de manera progresiva los aranceles y copagos en los servicios del MSPBS (consultas, urgencias, internaciones, medicamentos, transporte).

4 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2018). Cuentas de Salud 2018 Paraguay. Dirección de Economía de la Salud, Dirección General de Planificación y Evaluación. Asunción, febrero 2020.

5 El Modelo de Atención Integral es la base del sistema de salud, e implica una combinación de enfoques conceptuales (salud como derecho, determinación social del proceso salud enfermedad, género, interculturalidad, combinación de saberes); estrategias (promocional, preventiva, curativa y de rehabilitación) y espacios (individual, familiar, laboral y en el territorio social). Si el modelo está implementado pueden resolverse el 85% de los problemas de salud en el primer nivel de atención. (Feo O, Curso Miradas Críticas a la Salud Pública, Mitos y verdades de la APS, 2020).

La característica que tienen las USFs es que se organizan en territorios sociales, tienen una población asignada (3.500 a 5.000 personas), garantizan el continuo de la atención mediante la vinculación con la atención especializada, además de contar con regulación médica, comunicación y transporte. Las USFs, aparte de brindar servicios de atención a la enfermedad, promueven la salud al impulsar la participación social y al brindar información sobre los procesos de salud y enfermedad, la prevención y el empoderamiento de las personas (Perrotta y Navarro, 2018<sup>6</sup>). Lamentablemente este proceso de reconstrucción del SNS no se está llevando adelante con el mismo ritmo con el cual se inició en el año 2008. Se cuenta solamente con 808 USFs en lugar de las 1800 proyectadas para la actualidad (MSPBS, 2019).

Está demostrado que la promoción y la prevención de enfermedades en salud tiene mejores resultados que otras medidas de salud pública. La OPS recomienda invertir el 30% del gasto público de salud en el primer nivel de atención (OPS, 2019) para lograr la universalidad en el acceso a los servicios de salud. El presupuesto que el MSPBS destinó en el año 2018 a la Dirección General de APS es de tan sólo 4% del total (MSPBS, 2018<sup>7</sup>). Si bien existen otras inversiones (además del presupuesto para esta dirección) que llegan al nivel comunitario de atención (tales como medicamentos, vacunas, capacitación al personal de salud entre otros), la inversión en APS está muy lejos de lo ideal.

La carencia de un instrumento de planificación y ordenamiento de los recursos humanos, hace aún más ineficiente el SNS. Si bien en la última década se han realizado esfuerzos para desprecarizar la situación laboral y optimizar al personal de blanco, gran parte continúa en situación de pluriempleo, con inseguridad laboral, y concentrada en la capital del país y en el Departamento Central.

Otro obstáculo para el funcionamiento del SNS es que, al estar fragmentado, existen altos costos de medicamentos e insumos comprados por las instituciones públicas<sup>8</sup> y problemas en la ejecución del presupuesto destinado a salud y graves denuncias de corrupción. En el año 2014 el MSPBS ejecutó

6 Perrotta M., Navarro E. (2018). Un nuevo paradigma para gestionar y entender la salud en Paraguay: memoria de la implementación de las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad. Asunción Arandura.

7 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2018). Cuentas de Salud 2018 Paraguay. Dirección de Economía de la Salud, Dirección General de Planificación y Evaluación. Asunción, febrero 2020.

8 Actualmente Paraguay no cuenta con una estrategia establecida para la compra centralizada de medicamentos e insumos médicos, ni para la regulación de sus precios. Por lo tanto, los altos precios pagados por medicamentos inflan considerablemente los costos de operación del sistema, además de afectar directamente a los ciudadanos y amenazar su protección financiera (Estudio multidimensional de Paraguay, 2019).

el 72% del presupuesto asignado; en el año 2019 el 82% (MSPBS, 2019); y a cinco meses de iniciada la pandemia, se declaraba que sólo se había ejecutado el 31% del presupuesto que se había asignado a salud para hacer frente a ella (Mazzoleni, 17 de agosto de 2020).

## La participación local

Las comunidades locales tienen, a nivel distrital, espacios disponibles por ley muy valiosos para la participación. La ley 1.032 que contempla a los Consejos Locales de Salud (CLS) como espacios ciudadanos, tienen la función de impulsar el SNS a nivel local. En los CLS se concretan estrategias locales de salud y bienestar social; se elabora el plan distrital de salud; se evalúa su aplicación; se fiscaliza su cumplimiento y ejecución presupuestaria.

Los CLS cuentan con recursos financieros que provienen del Presupuesto del MSPBS (con los llamados Fondos de Equidad); del Municipio (5% de lo que ingresa a la municipalidad<sup>9</sup> debe ser destinada a los CLS); de la Unidad Sanitaria Local y del propio CLS (MSPBS, 2020). En el año 2019 se transfirió un total de GS 46.703.845.245 a través del Fondo de Equidad a 255 CLS. Se inició un modelo de gestión territorial basado en resultados, consistente en incentivos por cumplimiento de Metas Sanitarias (MSPBS, 2019).

A pesar de estas fortalezas y potenciales, los CLS también tienen debilidades. A lo largo de los años se fueron convirtiendo en su mayoría en espacios de puja de poder político partidario, reproduciendo prácticas prebendarias y clientelistas, destinando la mayor parte de sus ingresos a la contratación de personal de salud, en condiciones precarias y con bajos sueldos (Diario HOY, 25 de marzo de 2020), volviéndose instancias de administración de los recursos, pero no contraloras ni de participación.

9 Las municipalidades cuentan con ingresos propios que pueden ser ingresos corrientes, ingresos de capital, recursos de financiamiento y donaciones. Entre los ingresos de capital se destacan los Royalties y compensaciones anticipadas por territorio inundado y cesión de energía y el Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE). FONACIDE es la compensación por cesión de energía correspondiente al total de los ingresos específicos de la Itaipú por la facturación y cobro a las empresas que reciben la energía cedida por el Paraguay al Brasil, en concepto de compensación equivalente en dólares de los Estados Unidos de América.

La ley orgánica 3.966 brinda competencias fundamentales a la municipalidad para mantener la salud de su población, tanto en lo que concierne a la elaboración de planes y políticas de salud, el impulso y la articulación a nivel local de los actores involucrados en el sector y el seguimiento de estos planes. A pesar de este potencial los municipios en general se ven opacados por gestiones pobres, deficientes, bajas recaudaciones y altos niveles de corrupción (Elias F, 2018).

Si bien los municipios están obligados por ley 5.189/14 a transparentar sus gastos y gestión administrativa, solo un poco más de la mitad lo hace y de estos, la gran mayoría solo en forma parcial, limitándose a datos mínimos.

Otro aspecto considerable es que la descentralización es aún débil y reciente. Los municipios tienen una gran dependencia de las transferencias del gobierno central, y además en numerosas ocasiones no utilizan esos recursos para la finalidad establecida en cada caso (Elias F, 2018). Del total de 254 distritos existentes, el 96% cuenta con Plan de Desarrollo Municipal PDM. Estos planes cuentan con ejes en lo social, ambiental y económico. En cuanto a las iniciativas que se vinculan a esos ejes las relacionadas a la salud llegan sólo a un 7% (Elias F, 2018), perdiéndose valiosas oportunidades para implementar los planes locales de salud.

Para lograr universalizar el sistema de salud, los gobiernos locales-municipios- deben tener un rol protagónico para hacer que los planes locales de salud sean parte de los planes locales de desarrollo social, de manera a beneficiar a toda la población distrital. En este sentido, se debe volver urgentemente a impulsar en las USF los llamados Aty Comunitarios<sup>10</sup> donde las comunidades realizan sus planes locales de salud de manera participativa, transectorial, con todos los actores involucrados en el territorio.

10 Los encuentros comunitarios o Aty Guasu son organizados por las USF, con el objetivo de exponer los trabajos realizados en sus territorios así como el alcance de la estrategia de APS. Además, son un espacio en el que los ciudadanos manifiestan sus necesidades y, en un trabajo conjunto entre instituciones gubernamentales, no gubernamentales y fuerzas vivas de la comunidad, se apunta a resolver las dificultades para mejorar las condiciones de vida y de salud de la población (MSPBS, 2009).





## ¿Qué se puede aprender de la experiencia de otros países de la región?

Actualmente en AL se debaten dos modelos de atención a la salud: la Cobertura Universal de Salud (CUS) y el Sistema Universal de Salud (SUS). Si bien ambas propuestas utilizan el término “universal”, el CUS se refiere a universalidad en la cobertura poblacional, y el SUS a universalidad en la cobertura poblacional y de servicios (Laurell A.C, 2016). El modelo CUS propone la creación de un fondo mancomunado (con aportes del asegurado, patrón estado nacional y/o local, fiscales y subsidios). El SUS propone un sistema público, único, solidario y redistributivo que se financia con recursos fiscales, impuestos (Laurell A.C., 2012).

Varios países de la región han pasado por reformas de salud a partir de los años 90, y fueron construyendo sistemas de salud más definidos hacia uno u otro modelo. De estos países, Colombia es el que representa el paradigma del modelo de Cobertura Universal de la Salud (CUS); Uruguay tiene un modelo mixto y Brasil implementó el modelo SUS.

Aunque Colombia reporta una cobertura alta en seguro de salud, la cobertura de servicios de salud, no es universal y el acceso a los mismos es desigual. En efecto, el acceso a servicios de salud disminuyó de 79,1% a 75,5%. Además, se registra que la población subsidiada presenta aumentos del 27% en tasas de mortalidad general; 28% en tasas de mortalidad perinatal; 64% en mortalidad materna general y 35% en tasas de mortalidad de menores de 5 años en comparación a las tasas de la población cubierta por la salud contributiva. La privatización de la prestación de servicios alcanzaba el 97,54% en 2014 y cerca de 57% de los prestadores se ubicaban en las ciudades y departamentos más ricos (Hernández, 2019).

En cuanto al sistema de salud de Uruguay, la reforma se inspiró en ejemplos de los estados de bienestar. Es un sistema mixto que logró fortalecer la institucionalidad sobre lo ya existente y alcanza una alta cobertura poblacional y de servicios.

Con la reforma se alcanza un sistema único, conformado por prestadores privados y del sector público, con un seguro nacional de salud que financia la cobertura del trabajador y su familia. Gradualmente está avanzando en el cumplimiento de la universalidad de acceso para todos los habitantes del país.

**Tabla 2.**  
**Comparación de los sistemas de salud vigentes en Colombia y Uruguay**

Componente	Colombia	Uruguay
Garantía del derecho a la salud	Frecuentemente lo restringe.	La salud como derecho.
Tipo de Sistema	Cobertura Universal de Salud (CUS) Aseguramiento obligatorio.	Mixto: Prestador de salud público; Asistencia Médica Colectiva sin fines de lucro (IAMC); sector privado.
Relación pública/privada	Se restringe la regulación al público y el resto de las funciones del sistema (de financiamiento/compra de servicios, prestación de servicios) se organizan con la lógica del seguro privado.	Las prestadores públicos y privados deben brindar el conjunto de prestaciones garantizadas a beneficiarios.
Administrador de fondos y financiador o comprador de servicios	Públicos y privados en competencia (mercado interno y/o externo).	Existe un Fondo Nacional de Salud financiado por el Estado, hogares y empresas.
Cobertura poblacional universal	El 12,3% de la población carece de seguro.	El 4% de la población carece de seguro.
Cobertura de servicios	Paquetes de servicios restringidos o amplios según pago.	Las prestaciones se garantizan ya sea a través de los prestadores públicos, privados y el Fondo Nacional de Recurso para procedimientos especializados.
Gasto público en salud	5,2% del PIB.	8.5 % del PIB.

Fuente: elaboración propia a partir de datos de [Laurell, 2016](#); OPS, 2017; Isags 2012.

En cuanto a la experiencia del sistema de salud en Brasil, se destaca que tiene un largo proceso de construcción hacia el Sistema Único de Salud (SUS) que lo llevó a tener una cobertura de población y de servicios muy alta, casi universal, con financiamiento público y fuerte apuesta a la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS) y al trabajo en redes ([Laurell, 2016](#)). Sin embargo, este sistema hoy se encuentra en entredicho con la actual administración de gobierno del Brasil y con peligro de desmontarse, luego de un largo y arduo trabajo para la creación del sistema. Hoy, con la pandemia de COVID-19, Brasil es uno de los países con más contagios y fallecimientos en el mundo, y las prácticas de aislamiento y cuidado, que son clave para evitar la difusión del virus, fueron desestimadas por el propio presidente del país.



## ¿Qué sistema de salud se debería construir?

Se deberá pensar en construir un sistema de salud que sea respetuoso del derecho a la salud como un derecho humano y social, un sistema con el modelo SUS que sea capaz de dar respuestas universales, rápidas e integrales y que se sostenga con financiamiento público.

El Estado es uno solo y, como tal, debe garantizar la univervalización en el acceso a la salud. Para lograrlo, se debe instalar un principio de progresividad en la inclusión de toda la población, sin retrocesos ni discriminación. Se requiere un debate profundo sobre los sistemas de salud y de protección social, alrededor de una nueva propuesta, legítima y colectivamente construida, desde el enfoque de derecho.

A continuación, se presentan propuestas para la construcción progresiva del SUS, organizadas en áreas prioritarias.

### a. Fortalecimiento de la rectoría del MSPBS

- El sistema de salud debe centrar sus acciones en el MSPBS, asumiendo la conducción de la política pública de salud. En este sentido, el MSPBS es el ente rector de la salud del país y debe llevar el liderazgo en todos los procesos definidos en las políticas de salud, las cuales deben tener como eje vertebrador a la estrategia de APS en su concepto de abordaje integral de la salud en relación a las condiciones de vida.
- Las responsabilidades del MSPBS en la regulación y conducción deben ser exclusivas y las de provisión de servicios compartirá con los otros sectores que integran el SNS (IPS, sector privado, mixto).
- Se debe lograr la superación de la segmentación de los subsistemas, unificando paulatinamente las fuentes de financiación; dinamizando los procesos administrativos y burocráticos, unificando y optimizando los precios en las compras de medicamentos e insumos; unificando los modelos de atención centrados en la estrategia promocional y de cuidados integrales e implementando una política eficiente de recursos humanos dentro del sistema.
- Debe haber una articulación e integración de los servicios de IPS a la red de servicios del sistema. Además, el MSPBS debe delimitar las re-

glas del mercado en caso de necesidad de compra de prestación de servicios al sector privado.

## **b. Reordenamiento y gestión eficiente de los recursos humanos en salud**

- Se precisa de un modelo de formación más integral, solidario y humano, que incorpore el concepto de la determinación social de la salud y la enfermedad y facilite la acción intersectorial. Así, es preciso formar recursos humanos en el modelo de atención integral, la gestión de salud en el territorio y en la estrategia de APS. Esta formación debe darse de manera transversal a todo el personal de salud (no solamente a los que integran los equipos de salud de la familia) y de todos los sectores (público, privado y mixto).
- Se debe implementar la Carrera Sanitaria, ya que la reforma del sistema de salud no puede darse sin mejorar las condiciones laborales del personal de salud y sin crear las condiciones para una gestión más eficiente.
- Se debe contar con fondos públicos nacionales para la investigación y la innovación colectiva, de manera que los productos del trabajo científico-técnico puedan ser de acceso libre y para el bien de toda la comunidad.

## **c. Aumentar la inversión en salud y hacer más eficiente el gasto**

- Aumentar la inversión en salud en todos sus componentes, pero en particular en la estrategia de APS, con un enfoque solidario.
- Aumentar el gasto público en salud al doble, de 3 a 6%, aumentar el gasto social per cápita.
- Aumentar la inversión en protección social y salud con fondos fiscales, para lo cual se necesita de justicia tributaria, de tal manera que se contribuya a disminuir la inequidad social y abolir, eventualmente, el gasto de bolsillo.
- Reestructurar el sistema de compras, licitaciones, logística de distribución y almacenamiento de medicamentos e insumos.
- Fortalecer la descentralización, las rendiciones de cuentas, la contraloría y la participación ciudadana protagónica.

## d. Prestación de servicios

- Se debe rescatar el sentido original de la APS, como una estrategia para el cuidado integral de la salud (no como cuidados primarios, primitivos, precarizados) y se debe pasar de la lógica centrada en la enfermedad al modelo de atención integral ya descrito. La estrategia de APS es la manera de lograr la universalización del acceso a los servicios de salud.
- Es imperativo fortalecer la estrategia de APS como eje vertebrador del SNS, para lo cual se debe aumentar la infraestructura pública en salud basada en el enfoque territorial, priorizar la instalación de al menos 1.000 USF más, destinándolas prioritariamente a los sectores rurales con mayores índices de pobreza y territorios indígenas.
- Además, se deben completar todos los equipos de salud de la familia ya existentes; fortalecer la infraestructura y la provisión de insumos y equipos a todas las USF ya existentes y a las futuras, de tal manera que puedan cumplir con sus funciones de promoción y de impulso de la participación protagónica en los territorios (y que no queden limitados sólo a la atención de la enfermedad).
- A nivel público, se debe eliminar la fragmentación existente, avanzando en la reorganización de los servicios públicos en redes (para lo cual debe haber una fuerte apuesta a la logística de transporte, comunicación e información) e integrar los programas dentro de las funciones de los servicios de manera transversal, por ciclos de vida (y desmontando programas focalizados y verticales que manejan fondos y personal propio)

## e. Sistema Universal de Protección

- Como la salud tiene una determinación social, el SNS debe estar integrado a un marco más amplio de protección social universal con enfoque solidario. El enfoque solidario justifica que los sistemas universales de protecciones sociales deban apoyarse en justicia tributaria. Todo lo que exista en el sistema debe estar disponible para toda la población, según las necesidades de cada persona.

¿Qué **ER** forma?  
pensando  
el Estado  
pospandemia

**CADEP**  
Centro de Análisis y Difusión  
de la Economía Paraguaya

Apoyan:

**NED** National Endowment  
for Democracy  
*Supporting freedom around the world*

**py** paraguay  
debate

© Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP  
Piribebuy 1058, Asunción - Paraguay  
Teléfonos: 452 520 / 454 140 / 496 813  
Asunción, febrero 2021

[www.cadep.org.py](http://www.cadep.org.py)