



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN A LA SALUD

**TRANSICIÓN Y SALUD EN EL PARAGUAY
1989 -1995**

TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

PRESENTA: **NORMA BEATRIZ CRISTALDO VILLALBA**

ASESORA: DRA. CAROLINA TETELBOIN

MEXICO D.F., NOVIEMBRE DE 1996

**A mis padres
que a pesar de la distancia me han hecho sentir en sus compañías.**

Muchas gracias

A Carolina por tu apoyo durante todo el proceso de aprendizaje que representa la elaboración de este trabajo y sobre todo por tu empeño por germinar una mirada reflexiva.

Gilma, por compartir tu experiencia de trabajo en la realidad paraguaya.

A todos los compañeros de la Maestría y a los amigos que en su momento han sabido proporcionarme el apoyo.

*Con el pasado a cuestas,
la mirada ancestral del alma Guaraní
dirige sus pasos hacia un nuevo
KOÉTA*

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I.

PRESENTACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

- Planteamiento del problema 1
- Antecedentes existentes sobre la temática 5
- Justificación 6
- Hipótesis 7
- Objetivos 8
- Marco teórico 9
- Metodología 14

CAPITULO II.

ANTECEDENTES DE LA SOCIEDAD PARAGUAYA: Una tradición autoritaria.

- Antecedentes históricos hasta la dictadura stronista 17
- El sistema de salud de la dictadura 22

CAPITULO III.

EL CONTEXTO: "Proceso de transición a la democracia" 27

CAPITULO IV.

LOS ACTORES EN LA DISCUSIÓN Y EN LAS PROPUESTAS DE REMODELACION DE LA POLITICA DE SALUD. 39

- Diagnóstico del sistema de salud y de los servicios 44
- Las propuestas de cada uno de los actores 47

CAPITULO V.

CONFIGURACIÓN DE LA POLITICA DE SALUD EN EL PARAGUAY DURANTE EL PERIODO DE TRANSICION A LA DEMOCRACIA. 57

- Conformación del Sistema Nacional de Salud 61
- Características de la regulación sectorial 63
- Financiación 64
- Modelo de Atención 66
- Prioridades 66
- Estrategias 68
- La Seguridad Social 71
- La presencia privada en salud 73
- El papel de los organismos internacionales 73

CAPITULO VI

LA GESTION DE LAS INSTITUCIONES ESTATALES EN EL MARCO DE LA TRANSICION

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social 75

El Instituto de Previsión Social 90

Universidad Nacional de Asunción 95

Policlínico Policial 98

Policlínico Militar 99

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La temática que ocupa este trabajo abre a la discusión dos temas de particular relevancia: la definición de la política salud y el proceso de transición a la democracia en el Paraguay, cuyos límites y alcances marcan las características de la actual política instrumentada desde las instituciones de salud tanto del sector estatal como del paraestatal.

El proceso denominado de "Transición a la Democracia" supone una serie de cambios respecto al conjunto de elementos que conforman la estructura social, política y económica del país.

La salud también se ve afectada por una serie de cambios y en la medida en que pasa a ser un importante objeto de debate público adquiere una dinámica que lo particulariza de otros momentos históricos, y el propósito de este trabajo va orientado hacia la exploración de los elementos que introducen las modificaciones en el terreno de la salud y las características que asumen.

La configuración de nuevas políticas públicas depende esencialmente en las decisiones que van tomando los actores sociales que intervienen en los debates sobre temas de interés colectivo. Así el surgimiento de nuevos actores sociales en relación a la fuerza que posee puede representar un cambio en el carácter de las respectivas medidas.

En esa búsqueda en el ámbito particular de la salud se han creado nuevas instancias de encuentro de los distintos agentes o actores que tienen alguna vinculación con el sector, donde se establecen las discusiones, se coordinan las acciones y se toman decisiones concertadas, que regularmente se orientan en dos sentidos. Por un lado aparece la imperiosa necesidad de otorgar el sello de mayor pluralidad en el manejo de las discusiones referidas a la dinámica sectorial, lo que en cierta medida le confiere un carácter democrático a la gestión del sector.

Por otro lado bajo estas condiciones se establece el mecanismo que permite la incorporación de diversos agentes dentro del sector, concebido como otros actores que pueden tener participación en la atención de los problemas de salud, partiendo de la consideración de que el Estado no puede absorber totalmente la responsabilidad de organizar y ofrecer la respuesta a los problemas de salud de toda la sociedad.

Este constituye uno de los rasgos centrales de la tendencia que adoptan las medidas actualmente en discusión en el Paraguay, las cuales se hallan enmarcadas dentro del modelo hegemónico que se viene impulsando e instrumentando en la mayoría de los países de la región bajo los auspicios de los organismos internacionales que adquieren cada vez mayor incidencia en las reformas sociales y particularmente en salud.

En el caso paraguayo la instrumentación de la nueva corriente sanitaria plantea una serie de situaciones que requieren ser sometidas a revisión, por un lado el sistema sanitario enfrenta problemas vinculados al atraso junto al creciente estado de deterioro de la salud poblacional carente de las mínimas condiciones sanitarias.

Por tanto la salud en proceso de transformación en la conyuntura actual, enfrenta el gran desafío de resolver los antiguos problemas que ha venido acumulando a lo largo de su historia, de lo contrario las referidas transformaciones sólo contribuirán a la distorsiones de los principios constitucionales del derecho a la salud y también se potenciarán las crisis que atentan contra democratización de la sociedad paraguaya.

De hecho Paraguay es uno de los países sudamericanos que ha padecido el más largo período de dictadura militar (1954-1989). El Gral. Stroessner sostuvo el régimen militar durante los 34 años mediante la concentración del poder en tres pilares; el gobierno, las fuerzas armadas y el partido colorado, que proporcionaron las bases necesarias para conducir la sociedad bajo un sistema de autoritario.

El régimen militar dejó profundas secuelas esencialmente en los campos político-ideológico y social, también afectó el proceso de desarrollo económico y la esfera de la cultura, reflejadas en la incapacidad de establecer un marco de respeto de los derechos humanos universalmente reconocidos y constitucionalmente garantizados; la fuerte resistencia a los cambios; el arraigado de un poder sustentado en la prepotencia y la hegemonía de los grupos dominantes sobre el conjunto de la sociedad; el predominio de visiones y prácticas autoritarias y coercitivas frente al consenso y la negociación, los cuales han afectado incluso la construcción de un proyecto de desarrollo mínimo del tipo capitalista.

Así la dictadura también ha contribuido al atraso del país que cuenta apenas con unos 4 millones de habitantes (de los cuales más de la mitad pertenece al sector rural), que depende de una economía de subsistencia basada primordialmente en la actividad agrícola de consumo y de exportación de materia prima; también repercutió en la acumulación de los problemas de tipo social como la carencia de cobertura de los servicios sociales. Así se colocó en uno de los primeros lugares en América Latina por problemas de mortalidad materna; presentó también elevados índices de analfabetismo; y también se caracterizó por un marcado atraso en el campo de recursos humanos.

Sin embargo en febrero de 1989 los propios líderes de las fuerzas armadas protagonizaron un golpe de Estado, que marcó el inicio de un proceso de transición hacia la democracia. A pesar del carácter formal del esquema de democratización ha significado la liberalización política, con la renovación de los derechos políticos esenciales tales como la libertad de organización, de expresión entre otros, siendo un hecho relevante en el caso paraguayo por la negación y represión de que han sido objeto, bajo el régimen de la dictadura.

Las características que adoptan las medidas sanitarias en el contexto de la transición

a la democracia es el interés de este trabajo, cuyo desarrollo se organiza en seis capítulos.

El primer capítulo aborda la delimitación del objeto de estudio; las hipótesis que guían el trabajo; los objetivos que se propone alcanzar; la justificación de la elección del tema y el marco teórico en que se apoya para la explicación conceptual de los fenómenos de la realidad, también incluye la metodología que se utiliza en el desarrollo del trabajo.

El segundo capítulo entrega los antecedentes históricos del Estado paraguayo, caracterizando su historia como un continuo autoritarismo, aunque con diferentes objetivos, con mayor énfasis en el período de la dictadura Stronista. También contiene los aspectos característicos del sistema de salud durante este período y la respectiva estructuración del sector.

El tercer capítulo presenta el proceso de Transición a la democracia, donde se recuperan sus características centrales en relación a los cambios que se generan a nivel general y el inicio de un proceso de transformación de los ámbitos particulares.

El capítulo cuarto recupera las discusiones y propuestas efectuadas alrededor de la salud por los distintos actores sociales que tienen alguna vinculación con el área sanitaria en el país.

El quinto capítulo reconstruye las principales medidas que se han definido en el transcurso del proceso de transición y que en su conjunto configuran la actual política de salud a nivel nacional.

El capítulo seis aborda las características de las gestiones de las principales instituciones de salud del ámbito estatal y paraestatal, donde se pueden apreciar el nivel de asimilación y aplicación de las nuevas medidas definidas en la transición como la política de salud.

Finalmente, se entrega la conclusión donde se señalan los principales hallazgos del estudio y se realiza una breve reflexión sobre los desafíos que presenta la consolidación de la nueva forma de operación del sistema de salud, dentro del proceso de democratización en Paraguay.

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Planteamiento del problema

El proceso catalogado como "transición a la democracia" en el Paraguay se inicia en febrero de 1989 con el golpe militar que dio término a la dictadura, después de 34 años en el poder. A partir de la sustitución del régimen dictatorial se inician diversos cambios que afectan de manera particular el orden político; los procesos sociales se redinamizan, también la economía se ve involucrada en un proceso de redefinición. Es decir, la Transición pone en cuestión los esquemas que han regido los procesos de los distintos ámbitos (políticos, sociales, económicos y culturales) fuertemente marcados por visiones y prácticas autoritarias, prepotentes y prebendarias.

El interés de este trabajo se centra en la exploración de los fenómenos que se suceden en el terreno de la salud, particularmente en lo que respecta a las dinámicas generadas a partir de los cambios impulsados por los distintos actores sociales que participan en la discusión y que los sintetizan en la redefinición y reformulación de la política sanitaria. También interesa explorar los rasgos que van adquiriendo las gestiones de las instituciones estatales sanitarias, teniendo en cuenta que expresan las nuevas líneas de acción configuradas como política sanitaria, mediante la participación directa de uno de los actores centrales: el Estado.

El sector está organizado en una red de instituciones públicas y privadas. El sector público integra al subsector estatal y paraestatal, en el primer caso se encarga de la salud pública; mientras la Seguridad Social (paraestatal) protege a los trabajadores en situación de dependencia laboral; y en el caso de las instituciones privadas atiende a aquellas personas con capacidad para absorber los costos que representan el cuidado y la recuperación de la salud.

Durante la dictadura militar, las instituciones estatales se convirtieron en la matriz formal de legitimación del Estado, mediante las cuales se validó la existencia del derecho a la salud reconocido en la Constitución Nacional, aunque la respuesta fuera entregada bajo los términos de concesiones. También las instituciones estatales se constituyeron en las principales instancias de legitimación del régimen político en el poder (dictadura militar), mediante la utilización de mecanismos prebendarios que han beneficiado de manera privilegiada a un segmento de la población consignada como su clientela partidaria.

Las intervenciones institucionales del sector público durante el período de la dictadura tuvieron como características centrales la falta de una política explícita del sector y la ausencia de una directriz jurídica que a nivel operativo regule las acciones del sector. También presentó problemas de ausencia de una planeación basada en la realidad epidemiológica; la falta de coordinación y participación de los todos los organismos integrantes del sector, ocasionando una permanente práctica autoritaria.¹ A su vez se agregan deficiencias en términos de capacitación y actualización de los trabajadores, teniendo en cuenta que el criterio político o los intereses partidarios, han prevalecido frente a la idoneidad y el profesionalismo, hecho que ha tenido repercusiones en la prestación de servicios de mala calidad.

Dentro de este marco la acción del Estado se ha caracterizado por la subordinación de los problemas de salud a la aplicación de medidas tendientes al aprovechamiento de los recursos en favor de los intereses personales y de la élite política, siendo a su vez la principal estrategia de control sobre los grupos potencialmente conflictivos.

La iniciativa privada ha tenido una participación relevante durante la dictadura stronista, a pesar de que no se tenga cuantificado con precisión su ámbito de intervención, un importante segmento de la población ha recurrido a los servicios privados en busca de respuestas a sus demandas. Pueden distinguirse dos perspectivas respecto a la búsqueda de atención en los servicios privados: por un lado se encuentran aquellas personas que por sus condiciones socioeconómicas resuelven sus problemas en sistemas de prepaga y por otro una fracción importante (que no posee seguro médico privado) ante la falta de respuesta en el sector público o en los casos de emergencia acuden a los servicios privados. Por tanto la práctica privada llegó a ser socialmente aceptada, aunque con serias repercusiones sobre la economía de la población carenciada que se ha visto obligada a desarrollar múltiples estrategias para la obtención de recursos y en otros casos ha tenido que renunciar a otras necesidades menos urgentes, pero igualmente indispensables de estos grupos sociales.

La baja cobertura sanitaria ha sido un serio problema en el país reflejada en los altos porcentajes de muertes infantiles sin asistencia médica (40%) y en la baja atención institucional al parto en el medio rural que en 1986 alcanza únicamente a cubrir al 26% de dicha población². Así, Paraguay ha presentado una de las tasas de mortalidad más altas de América Latina con 16 muertes maternas por 1000 nacidos vivos, siendo indicativo de la relación directa existente entre la mortalidad materna y la escasa cobertura institucional y profesional del parto.

¹ . MPS, BS. 1993:15-16

² Programa nacional de salud materno infantil, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y UNICEF. Asunción 1991 pág. 6.

Por tanto, el conjunto de las acciones desplegadas en el campo sanitario no han respondido a las necesidades de la mayoría de la población, incluso ha impedido el desenvolvimiento innovador del sistema de salud; así, los servicios de las instituciones estatales han respondido en primera instancia a los intereses particulares atentando contra los fines que sustentan su existencia: el bienestar colectivo.

El proceso de transición hacia la democracia, genera expectativas que apuntan a la redefinición de los esquemas de poder establecidos durante la dictadura, con repercusiones sobre el conjunto de medidas que se instrumentan en la sociedad. Un primer efecto en el sector salud se relaciona con la relevancia que adquiere la temática sanitaria en el escenario público y la incorporación de nuevos actores sociales en el debate y en la toma de decisiones para la conducción del sector; así como los intentos de institucionalización del quehacer sectorial, que contribuyen en la configuración de una nueva dinámica de conducción sanitaria.

En esa perspectiva se reactiva el Consejo Nacional de Salud como una instancia deliberativa y de toma de decisiones sobre aspectos relacionados con la salud; también se inician tareas como la elaboración de la política de salud donde se establece el marco conceptual general y las prioridades programáticas en correspondencia con la situación sanitaria del país y los lineamientos sociales del gobierno (Prieto, 1993:7-10). También se elaboran los planes nacionales de salud y el diseño del proyecto de creación del Sistema Nacional de Salud, que es incorporado dentro de la nueva Constitución Nacional.

Igualmente se han iniciado una serie de replanteamientos organizativos y operativos dentro del sistema de salud, en la búsqueda de la corrección de las deficiencias provenientes de la inadecuada estructuración interna y de la ausencia de una coordinación de las acciones con otras instituciones integrantes del propio sector.

Como parte de la nueva dinámica sectorial, se han adoptado y fortalecido varias estrategias como la coordinación ínter e intra institucional, la participación comunitaria y la descentralización que en su conjunto van configurando el carácter de la intervención del sector.

Por tanto, el proceso de tránsito hacia la democracia abre una nueva perspectiva a la acción del Estado que se caracteriza por ser más abierta y democrática, aunque paradójicamente da muestras de la incapacidad de resolver los problemas y falencias del sistema de salud y de mejorar las cada vez más deterioradas condiciones sanitarias que aquejan a la población.

La apertura también crea las condiciones para la instrumentación de reformas de carácter estructural que se vienen impulsando en la región y que afectan particularmente a las políticas sociales. En ese marco se ubican las

transformaciones que involucra a Paraguay hacia la misma dinámica, mediante el impulso de medidas modernizadoras.

Sin embargo, el país se enfrenta a una serie de dificultades provenientes de la ausencia de experiencia de participación de los actores en los debates; el atraso que caracteriza al sector; los intereses de carácter político que requieren mantener el status quo, los cuales conforman los elementos de interferencias al inminente proceso de modernización en que se ve involucrado.

Partiendo de tales consideraciones, el trabajo pretende efectuar un acercamiento explicativo de carácter político acerca de las transformaciones que se van registrando en la forma de conducción y de organización de la respuesta en salud. Así, el trabajo se propone conocer el papel que asumen los distintos actores en los debates de la temática y reconocer los alcances y limitaciones de la participación de cada uno en la configuración y definición de la política dentro del proceso de transición.

Interesa de ese modo identificar quiénes intervienen en las decisiones; cuáles son los elementos que contribuyen al cambio del curso de las acciones en el sector; cuál es el paradigma establecido en la organización de la respuesta en salud; cuáles son los principios que sustentan y guían las acciones desplegadas en el marco de los servicios públicos y privados; cuáles son las reglas que rigen los procesos del sector; bajo que criterios se establece la financiación y cuál es la tendencia de la política de salud a partir de la transición.

Otro elemento del objeto de estudio tiene que ver con las características que asumen las gestiones de las instituciones del sector estatal y paraestatal en relación con los niveles de asimilación e implementación de las nuevas medidas delineadas en el proceso de la transición. A su vez permite comprender el papel que desempeña el Estado dentro del sector salud y en particular en la oferta de los servicios de salud a la población en el marco del proceso de transición hacia la democracia.

Por tanto, el objeto se refiere al ámbito de la política de salud, entendida como expresión de los cambiantes y contradictorios intereses representados en el Estado para modificar y mantener ciertas respuestas y subordinar otras, mediante planes, programas, financiamiento, creación y mantenimiento o reactivación de las instituciones de atención de la salud. Esta es la visión de la Medicina Social que recientemente se ha abocado con mayor énfasis en el estudio de la política sanitaria que se encuentra afectada por las llamadas reformas sanitarias. En esa línea intenta ubicarse la presente investigación que recupera el carácter interdisciplinario para abordar la política sanitaria como parte de la política social.

Respecto a la aplicación de las medidas delineadas, se privilegian las instituciones estatales de salud, teniendo en cuenta que son las instancias que directamente

expresan la evolución del papel del Estado en la resolución de los problemas de salud pública.

Antecedentes

La producción de investigaciones y estudios vinculados a la temática de la respuesta en salud, es generalmente de carácter descriptivo que aborda más bien aspectos técnicos y programáticos. Sin embargo existen algunos esfuerzos aislados que durante la dictadura stronista y en la transición intentan desde una perspectiva social aproximarse a la temática sanitaria, los cuales son recuperados para el desarrollo de este trabajo.

Particularmente son relevantes algunos trabajos sobre las políticas sociales en el Paraguay, en donde se analizan los sectores o grupos de población que se benefician con tales políticas; uno de ellos está basado en la revisión del estudio sobre "Distribución del Ingreso en el País"³; otro analiza los planes de salud elaborados en Paraguay durante el período stronista, permitiendo una visión panorámica del manejo político y técnico del sector salud durante la dictadura⁴.

También se encuentran algunas producciones de instituciones y organizaciones del sector privado que se destacan por el contenido y el método con que se aproximan a sus objetos de estudio; así se pueden identificar algunos como "Contribuciones al estudio de la Sociedad"⁵, que aporta elementos explicativos sobre la formación social, política y económica de la sociedad nacional, y ayuda a la comprensión del carácter del proceso de desarrollo de la sociedad paraguaya; además, aporta los elementos teóricos para la comprensión de la temática.

Existen otros de carácter histórico, que apoyan en gran medida la reflexión acerca de los acontecimientos sociales, políticos y económicos que envolvieron la vida de la nación⁶.

³El trabajo sobre "Las Políticas Sociales en el Paraguay" de Liduvina Molinier. Asunción 1993.

⁴ Tesis de Maestría en Salud Colectiva sobre "Análisis de los planes de salud elaborados en Paraguay en el período Stronista 1954-1989. Río de Janeiro 1995.

⁵ Contribuciones al estudio de la sociedad paraguaya. de Mauricio Schvartzman. Asunción 1989.

⁶ Uno de los trabajos clásicos es el que realizó Paul Lewis, con el título "Paraguay bajo Stroessner. México 1986 la primera edición en español.

Como fuente de información hemerográfica se pueden mencionar publicaciones mensuales que se ocupan de la revisión de los diversos aspectos que hacen a la vida del país, referentes al movimiento sanitario, político, gremial, educativo, ambiental, de vivienda, etc. A través de su revisión ha sido posible reconstruir los diversos procesos que ha ido experimentando el sector salud en el contexto de la transición a la democracia.

La producción de algunos Organismos Internacionales, como la OPS (Organización Panamericana para la Salud), y más recientemente el BM (Banco Mundial) y el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) contribuyen aportando datos, así como las líneas que van diseñando en el campo sanitario. El papel de los referidos organismos ha sido significativo en el diseño, implementación y sistematización de las acciones que se desarrollan en el seno de las instituciones pertenecientes a la esfera pública estatal, dado que en muchos casos ante la ausencia de una propuesta propia, son adoptadas para su implementación.

A diferencia de la producción nacional a nivel latinoamericano, existe una vasta trayectoria de producción teórica y de estudios analíticos e investigaciones que abordan las políticas sanitarias. Así, desde una perspectiva crítica buscan la interpretación y explicación de los cambios que se generan en relación al carácter de la política que conduce y define el curso de las acciones mediante la estructuración y organización de las respuestas a los problemas sanitarios de la población. De esa manera contribuye a la construcción de una corriente crítica de interpretación de los procesos de reformas en que se ven envueltas en la actualidad las políticas sanitarias.

Esencialmente estas son las bases que sustentan la realización de este trabajo que rescatan los elementos de análisis para abordar la política de salud que se ve afectada por los cambios impulsados a partir de la transición.

Justificación

La realización de este trabajo se ubica dentro del proyecto de formación académica de la Maestría en Medicina Social, desde donde se impulsa el desarrollo de investigaciones vinculadas a las áreas temáticas de su campo de intervención.

Este trabajo se plantea investigar las características de la política de salud en el marco de la transición a la democracia en el Paraguay y la aplicación de las nuevas políticas por las instituciones de salud estatales.

La relevancia del estudio de la temática sanitaria radica esencialmente en la importancia del papel que tiene la salud en la vida de una determinada sociedad. La exploración de la temática en la coyuntura de la transición es particularmente

relevante dado que el país experimenta cambios substanciales que involucran todo el espectro de la vida nacional, donde el sector salud también se ve afectado, sentando las bases de una nueva política de salud y de nuevas características de los servicios.

Por otra parte, la salud actualmente ocupa un lugar central en la agenda de reforma de la mayoría de los gobiernos de los países de América Latina, cuya repercusión es ineludible en las maneras de concebir y resolver los problemas de salud-enfermedad de la población, lo cual requiere de una explicación.

La necesidad de abordar el tema en el caso paraguayo es aún mayor, dado que prácticamente no existen estudios que se planteen desde una perspectiva social el tratamiento de la temática. Además, en el contexto de la transición apenas se va iniciando el proceso de cambio en el terreno de la política de salud y en la forma en que se organizan los servicios, por lo que resulta aún difícil de establecer un balance general del alcance de los cambios, aunque los lineamientos apuntan hacia los modelos de reformas más avanzados.

Finalmente se considera que el trabajo aportará un marco de referencia para la realización de otros estudios ubicados dentro de la misma línea de investigación y avanzar en el estudio de las reformas en que se ven envueltas las instituciones de la Salud Pública y de la Seguridad Social en el Paraguay.

Hipótesis

En Paraguay a partir del golpe militar (en febrero de 1989) se registra un proceso de apertura política que contribuye a la creación de un marco orientado a resolver dos cuestiones: el atraso en que ha permanecido el sector salud y el impulso a la modernización, tendiente a su adecuación a los modelos impulsados en el contexto de las reformas a nivel regional.

En el proceso de transición a la democracia se remodela la política de salud, con la incorporación de nuevos actores y de nuevos elementos que apuntan a la institucionalización del quehacer sectorial y se perfila la definición de una nueva política con tendencia a los esquemas de la región.

Las políticas delineadas impactan al conjunto de la estructura sectorial; en el caso de las instituciones públicas acogen con mayor celeridad los cambios, aunque se encuentra todavía en proceso de definición. En efecto reorganizan la oferta de servicios en base a nuevos criterios como la racionalización y la eficiencia, además implementan nuevos programas orientados a ampliar la cobertura de atención, mediante el otorgamiento de servicios esenciales a la población más carenciada.

Objetivos

- . Caracterizar los actores y sus posiciones en relación a la definición de la política de salud dentro del proceso de transición, iniciado a partir del golpe militar de 1989.
- . Describir las características que va asumiendo la política de salud establecida y la función que cumple en el marco del proceso de transición.
- . Identificar los elementos componentes del nuevo esquema de intervención de las instituciones sanitarias del sector estatal y paraestatal en el contexto de la transición.
- . Establecer la relación existente entre los cambios originados a nivel interno y su correspondencia con la orientación de las políticas sanitarias a nivel regional y global.

MARCO TEÓRICO

El presente trabajo se apoya en la visión de la Medicina Social, que ubica la problemática de la salud dentro de una perspectiva integral, recuperando el conjunto de elementos que involucra el proceso sanitario, como fenómeno social.

Incorpora al Estado como una categoría analítica, concebido como el marco general donde se establecen las pautas para la organización de la respuesta en salud y a la vez es considerado como el responsable de garantizar el derecho de la salud y proporcionar los servicios sanitarios a la población.

Al situarse en esta línea interesa la relación que establece con otras categorías analíticas como los actores sociales, las políticas sociales, las políticas de salud, las instituciones públicas y privadas, en la medida en que establecen relaciones entre sí en la intervención en la cuestión sanitaria.

En primer término se aborda el Estado, recuperando los conceptos desarrollados por los teóricos clásicos. Algunos sostienen que el papel global del Estado es la cohesión de una formación, incluyendo las funciones económicas, políticas e ideológicas, siendo la función política la encargada de mantener la unidad de una formación en el interior de la cual una clase es la dominante (Poulantzas, 1980:42-45). Esto indica que el Estado representa la instancia desde donde los grupos que detentan el poder ejercen su dominación sobre el conjunto de la sociedad, a través del diseño y desarrollo de los distintos proyectos.

Desde la concepción gramsciana, el Estado comprende la sociedad política más la sociedad civil, vale decir la hegemonía revestida de coerción (Portelli, 1985:34). La sociedad civil es definida como el conjunto de instituciones públicas y privadas responsables de la elaboración y difusión de la ideología y que corresponde a la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda sociedad mediante la dirección y la búsqueda de consenso. Mientras la sociedad política corresponde a la función de dominio directo por medio de la violencia y la coerción (Fleury, 1989:27-35).

La concepción de Estado que se adopta en este trabajo es la siguiente: El Estado en la sociedad capitalista contemporánea sintetiza funciones de dominación apoyado en mecanismos de coerción y en menor grado en el consenso y como mediador de los conflictos. Así, la sociedad civil y la sociedad política operan en su conjunto con la finalidad de mantener la hegemonía del grupo dominante sobre la sociedad.

La recuperación de la concepción gramsciana de Estado aporta los elementos que permiten una mejor comprensión del Estado paraguayo, mediante la consideración del carácter dual de sus funciones, como sociedad política y sociedad civil.

Tanto la sociedad civil como la sociedad política sintetizan las funciones que realiza el Estado paraguayo, aunque por un largo período de su historia se ha caracterizado por el predominio de la sociedad política a través del ejercicio de la coerción, que le ha permitido mantener el orden bajo el esquema dictatorial. Por su parte, la sociedad civil ha desempeñado un papel subordinado cuya función se orientó esencialmente a mantener la hegemonía del grupo dominante a través de la dirección, pero sin apelar bajo ninguna circunstancia al consenso.

En efecto, aunque el peso de la sociedad política ha sido mayor, en forma conjunta con la sociedad civil han sido responsables de la mantención del grupo dominante en la conducción de la sociedad y la reproducción de la ideología, bajo la prevalencia del mecanismo de la coerción.

Tales funciones en el momento del proceso denominado de "transición a la democracia" van adquiriendo nuevas características vinculadas esencialmente al intento de incorporar mecanismos de consenso en la conducción estatal y enmarcar dentro de ciertos límites la función política expresada en el ejercicio de la violencia y la coerción. Sin embargo, el papel global sigue descansando en la mantención y reproducción de la hegemonía del grupo dominante en el poder bajo nuevas formas.

Para los efectos de este trabajo por "transición a la democracia" se entiende al período comprendido entre 1989 que pone término a la dictadura militar y se prolonga hasta nuestros días. Dicho proceso comparte algunos rasgos comunes a los procesos registrados en los países latinoamericanos, principalmente del cono sur.

Así, la democratización sudamericana en los ochenta proviene de procesos de descomposición de los regímenes autoritarios y de haber hecho efectiva una "entrega" o "transferencia" de poder a actores políticos relativamente aceptables para los grupos del régimen anterior. Por lo tanto las transiciones democráticas asumen un pacto entre la "clase política" saliente y los "partidarios" del nuevo régimen.

De hecho las transiciones políticas tuvieron lugar sin la mediación del "acto revolucionario", los pactos que enmarcaron el recambio político tuvieron necesariamente que realizarse con las Fuerzas Armadas. Estas no sólo fueron las principales ejecutoras y los soportes burocráticos de las relaciones con las propiedades capitalistas y del pacto autoritario de dominación, sino que también se las arreglaron para conservar una autonomía extraordinariamente amplia para utilizar de manera arbitraria los recursos coercitivos del Estado en la fase postdictatorial (Borón, 1995:150-151).

El derrocamiento de la dictadura en el caso paraguayo no significó el derrocamiento de la sociedad política, sino fundamentalmente el reordenamiento de

los sujetos-actores de la coerción y de la burocracia estatal. Puede considerarse como un proceso que intenta reconstruir el carácter institucional de la democracia en el país, poniendo en cuestión dos problemas; la necesidad interna de renovar la función política y vigorizar la función civil y a nivel externo la exigencia de actualización en su relacionamiento y su reintegración a la sociedad internacional.

De modo que se considera al proceso de transición como un proceso lento, donde la compleja realidad política, social y económica requiere de una serie de cambios, incluyendo como un paso fundamental la liberalización política, acompañada de medidas que garanticen el bienestar económico y social de la población.

Con la liberalización política -principal característica asumida por el proceso de transición, antes contenidos y reprimidos-, la sociedad encuentra un escenario propicio para manifestar sus demandas e inquietudes y plantear sus propuestas de solución.

Sin embargo, en el transcurso de la transición las reglas del juego político no están claramente definidas y los actores luchan no sólo por satisfacer sus intereses inmediatos c a los que dicen representar, sino también a definir las reglas y procedimientos cuya configuración determinará los ganadores y perdedores (O'Donnell y Schmitter, 1992:19-20).

El papel de los actores en el contexto de la transición constituye otra de las categorías que se aborda en el tratamiento de la temática, el cual interesa en tanto sus acciones están orientadas a construir, conservar o modificar proyectos sociales, es decir aquellos que afectan intereses colectivos. Los mismos son portadores de la acción colectiva que apelan en su discurso o en su comportamiento a principios de estructuración, conservación o cambio de la sociedad que tiene cierta densidad histórica, que se involucran en los proyectos y contraproyectos históricos de una sociedad (Garretón citado en Tetelboin, 1992:239). En consecuencia la discusión de los Actores remite al terreno político o sistema de relaciones de poder, donde se debaten las formas de expresión y representación de los intereses que pugnan, bajo ciertas condiciones, por definir o redefinir el cauce de un determinado proceso social (Ibidem:235).

Cada uno de estos actores mantiene relaciones de competencia y cooperación con otros grupos interesados en la temática, de manera que su capacidad de presión es función de una relación y un juego de estrategias en el que cada una de las partes utiliza los recursos de que dispone a fin de prevalecer en la decisión (Belmartino, 1992:128).

El juego de los actores define el campo y la dinámica de las políticas sociales que dentro del sistema capitalista están destinadas a proporcionar los servicios específicos tales como salud, educación, habitación.

Las características de las políticas sociales varían en cada caso particular por encontrarse moduladas por la forma específica en que se han articulado los procesos de legitimación del régimen político, la reproducción de la fuerza laboral y de acumulación mediante el bienestar social y también por el carácter del poder de las fuerzas políticas (Laurell, 1994:129).

En contextos políticos particulares como en el caso de los regímenes autoritarios, las Políticas Sociales asumen funciones relacionadas esencialmente con la legitimación del Estado y en buena medida como canales para el establecimiento de sistemas clientelistas y para el control sobre los procesos sociales.

Así, según el carácter de las políticas sociales van variando las dimensiones de los beneficios que recibe la población, los cuales pueden oscilar entre el esquema de bienestar social o la aplicación de medidas meramente paliativas, como propone el esquema neoliberal.

Sonia Fleury, considera las funciones del Estado en la etapa neoliberal como proceso de mercantilización de los servicios sociales en la medida en que cambia la naturaleza de sus principios (derecho) y actúa de manera decisiva en la realización del capital, aumentando las contradicciones internas entre su papel económico y político, contradicciones que tendrán lugar en su intervención por medio de las políticas sociales (Fleury, 1987:42-45).

Para precisar la concepción de las Políticas Sociales se retoma la propuesta de Laurell, señalando que comprenden un conjunto de medidas e instituciones que tienen por objeto el bienestar y los servicios sociales, cuyo análisis remite al ámbito estatal, ya que en éste se articulan y constituyen la esencia del Estado de Bienestar. Pero el hecho de que el Estado desempeñe un papel fundamental en la formulación e instrumentación de las políticas sociales no significa que éstas involucren siempre y exclusivamente, al ámbito público (Laurell, 1992:127).

Es a partir de la articulación específica entre lo público y lo privado, entre estado y mercado, entre derechos sociales y beneficios condicionados a la prestación - mérito- en donde es posible distinguir, dentro de lo que genéricamente se ha denominado Estado de Bienestar capitalista, varias formas de éste Estado, que se corresponden con políticas sociales con contenidos y efectos sociales diversos (Andersen citado en Laurell, 1992:127). Entonces la política social representa una categoría de análisis, de donde se desprenden las políticas de salud como un aspecto particular de la misma.

La política de salud es el nivel más particular de las políticas sociales. Este trabajo asume la visión médico social y privilegia el enfoque político-ideológico entendiendo por política sanitaria la expresión de los cambiantes y contradictorios intereses representados en el Estado para modificar y mantener ciertas respuestas

y subordinar otras mediante planes, programas, financiamiento y creación, mantenimiento o reactivación de las instituciones de atención de la salud.

En esta perspectiva, la Política Sanitaria a la vez se constituye en un ámbito de lucha política por cuanto que los diversos actores sociales participan en su definición y orientación y en consecuencia en la conformación y funcionamiento de las instituciones que respondan a sus intereses. También definen las condiciones colectivas de salud-enfermedad y las modalidades para su cuidado y atención.

La política sanitaria condensa la esencia de la **práctica médica**, al sintetizar al conjunto de actividades teórico-prácticas que la constituyen y es la clave para su comprensión, explicación y eventual transformación. Esto se evidencia en el hecho de que la consolidación y supervivencia de una cierta modalidad de organización de la práctica médica depende de la capacidad histórica desarrollada por el conjunto social, en razón de su participación en el Estado. La práctica médica se ubica como un elemento más de diferenciación entre grupos sociales, a través de la configuración de accesos desiguales a diversas modalidades e instituciones de atención sanitaria y con el desarrollo y difusión de concepciones a cerca de la salud-enfermedad y muerte.

La organización del sistema de salud se realiza dentro del esquema del modelo médico hegemónico, ocupando un sitio subordinado la práctica tradicional, a pesar de su importante presencia en la resolución de los problemas de salud-enfermedad de la gran parte de la población que queda fuera del espectro de los servicios públicos y privados.

La conformación de las instituciones como el Ministerio de Salud y el establecimiento de servicios médicos gubernamentales posibilita la institucionalización de diversas actividades y las valida socialmente a través de la regulación, legislación y definición de políticas, formación de intelectuales orgánicos y la reproducción de la estructura de poder societal por medio de redes de micropoderes cotidianos, que abren espacios para la generación de consensos y/o controles hacia la sociedad (Tetelboin, 1995:4-7).

Por tanto, la comprensión de las instituciones de salud rebasa su connotación administrativa desprovista de una intencionalidad política y demuestra que en ellas se ven expresados de diferente manera los intereses de las diversas clases y fracciones. Los procesos de creación, de transformación o de eliminación de instituciones sociales y de salud corresponde a la transformación institucional estatal hacia un proyecto de modernización del Estado capitalista (Velasco, 1992:157-158), actualmente en vigencia en todos los países.

Se trata de instituciones públicas-estatales cuando las acciones desarrolladas están orientadas a dar respuestas a la colectividad, bajo la responsabilidad estatal de garantizar la salud de la población nacional. Mientras tanto las instituciones u

organismos privados en el despliegue de sus acciones se rigen bajo la lógica capitalista para la extracción de un máximo beneficio posible. Por lo tanto el carácter de los servicios de salud se definen por la naturaleza de las instituciones que las ofrecen.

METODOLOGÍA

En este trabajo se aborda desde una perspectiva cualitativa la política de salud en la transición hacia la democracia, para lo cual se vale de categorías analíticas y de elementos mediadores, que permiten avanzar al nivel de operacionalización. En general, el desarrollo del trabajo se basa en la revisión de materiales bibliográficos de fuentes secundarias como publicaciones oficiales, boletines informativos, revistas y algunas entrevistas con funcionarios del Ministerio de Salud e informantes claves, mecanismos empleados para la recopilación de los datos e informaciones pertinentes.

El Estado es el marco general a través del cual se puede entender la dinámica de las particularidades de las políticas sociales y a su vez proporciona los elementos explicativos de las fuerzas que pugnan por mantener su hegemonía y ejercer el control sobre la sociedad en su conjunto.

El estudio de las políticas sociales, se realiza a través de la exploración de las distintas medidas que se fueron delineando en el contexto de la transición, así mismo se intentó recuperar las nuevas medidas que se fueron aplicando. También en esta parte se intenta presentar algunos indicadores de los primeros efectos que han provocado sobre las condiciones de vida de los paraguayos.

Este nivel de aproximación se convierte en el marco donde se ubica el proceso de redefinición de las respuestas y políticas en salud, que permite la comprensión de la dinámica en que se desenvuelve el conjunto de políticas sociales que modulan el carácter de la política sanitaria, la cual es uno de sus aspectos componentes. Es decir, en este plano se identifican los distintos actores que intervienen y protagonizan la definición del curso de las acciones que conciernen al interés colectivo, mediante el reconocimiento de sus funciones particulares, sean éstas en el ámbito económico, político o social.

Así, el papel que ejercen los actores es un paso fundamental para el reconocimiento de los diversos proyectos que se impulsan, cuyos contenidos expresan los respectivos intereses, visiones y las respectivas modalidades de respuesta a los problemas que se pretenden abordar.

Para el estudio de la política de salud, en primer término se analiza el debate que se abre en el tema de la salud, donde se identifican a los diferentes actores que se encuentran articulados al campo sanitario o cuyos intereses se vean afectados.

Se parte de la revisión del papel de cada uno de los actores que intervienen en el sector y posteriormente se abordan los diagnósticos elaborados, que permiten la identificación de las posiciones y visiones respecto a los problemas de salud.

Entre los actores que intervienen se encuentran: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Instituto de Previsión Social (IPS); Poder Ejecutivo; Partidos políticos; Comisión de Salud del Parlamento; Sindicato de Trabajadores del sector salud; Fundación para la Salud y el Desarrollo Social (FUNSADES); Centro Paraguayo para la promoción de la libertad económica y de la Justicia Social (CEPPRO); Organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud.

Los ejes alrededor de los cuales se organiza la revisión del diagnóstico en primer lugar establecen la diferencia entre el campo de la seguridad social y la salud pública y la exposición se basa en los siguientes criterios; acuerdos y desacuerdos de los actores respecto a la identificación de problemas y necesidades dentro del sector.

El segundo paso consiste en la revisión de las propuestas realizadas, donde se recuperan los elementos más relevantes de las mismas, teniendo en cuenta los siguientes criterios; aquellos elementos que substancialmente afectan el desenvolvimiento del sector; aquellos que intervienen en la definición de las políticas que rigen al sector; los que se proyectan para una reforma y finalmente los que presentan afinidad a los esquemas promovidos en otros países de la región.

Los elementos componentes de las distintas propuestas son; la modernización; el papel del Estado en salud; la ampliación de cobertura; la financiación; la intervención mixta en salud; el carácter de los servicios (preventivo, curativo); las prioridades; estrategias diseñadas (descentralización, atención primaria de la salud, participación comunitaria); la formación de recursos humanos; la democratización del sistema.

A continuación se caracteriza la forma en que queda configurada la política de salud en la fase de la transición, para lo cual se realiza el tratamiento en torno a los principales elementos constitutivos como: la reactivación del Consejo Nacional de Salud; la conformación del Consejo Nacional de Salud; las características del sistema de regulación del sector; la financiación; los modelos de atención; las prioridades; las principales estrategias; el papel de los organismos internacionales en el sector; el campo de la seguridad social y la presencia privada en salud.

Finalmente se abordan las características de la gestión realizada por cada institución de salud del sector estatal y paraestatal conformado por el Ministerio de Salud Pública; el Instituto de Previsión Social; la Universidad Nacional de Asunción; La Sanidad Policial y la Sanidad Militar para lo cual se realiza un breve tratamiento de los avances de cada una. El criterio que organiza el desarrollo de este capítulo

es el reconocimiento de la relación existente entre las líneas discutidas y configuradas como políticas del sector y su aplicación por cada una de las instituciones, lo cual permite identificar los avances respecto a la instrumentación de las nuevas medidas.

Los elementos que se recuperan para el caso del Ministerio de Salud son; las medidas administrativas y operativas, que incluyen las líneas de acción; la reglamentación; el factor humano; la infraestructura; las prioridades; la cobertura de los servicios de salud; la integración de nuevos programas; la reorientación del sistema de información.

El Instituto de Previsión Social es revisado bajo el siguiente esquema: las características administrativas; las principales modificaciones de su sistema de servicios de corto y largo plazo; el presupuesto; la cobertura; los recursos humanos; la infraestructura; y el comportamiento presupuestario.

La Universidad Nacional de Asunción integra al Hospital de Clínicas y el Hospital neuropsiquiátrico; debido a la escasa información disponible al respecto, únicamente se realiza una caracterización del funcionamiento de la institución y se describe el comportamiento del presupuesto.

Respecto a la Sanidad Militar y Policial se describen brevemente sus características que más resaltan, además se presentan los recursos humanos, financieros y la infraestructura con que cuentan.

Cabe señalar que un obstáculo importante que enfrenta este trabajo es la accesibilidad y la disponibilidad de información, por un lado porque se realiza a distancia y por otro porque existe un serio problema de subregistro en el sector salud, incluso el propio Ministerio de Salud ha reconocido alrededor del 50%; a esto se suma la escasa preocupación por la sistematización de las acciones que se desarrollan dentro del sector.

Por otro lado, los datos e informaciones existentes presentan problemas de inconsistencia, que impiden la construcción de análisis dentro de un período. Pero en definitiva apenas se está iniciado un proceso de renovación del sistema de registros desde el Ministerio de Salud. Además la política de salud se encuentra también en pleno proceso de redefinición, en efecto no existen trabajos que hayan tratado la temática en el contexto de la transición, desde esta perspectiva.

No obstante dentro de éstos límites se intentó reconstruir los procesos y en otros casos corregir los datos, de manera que los resultados permitan constituirse en el marco de referencia para entender los cambios y las condiciones que han propiciado la orientación de la política de salud en el país en el período de la transición.

CAPITULO II

LOS ANTECEDENTES DE LA SOCIEDAD PARAGUAYA: Una tradición autoritaria.

El interés de abordar los procesos históricos de la sociedad paraguaya surge ante la necesidad de ilustrar las características que fue adoptando el Estado como órgano de poder y dominio en la sociedad y esencialmente como marco de referencia para la comprensión de su rol en la actualidad.

En Paraguay, a pesar de estar entre los primeros países de América Latina que logró la consumación de su independencia de la corona española en 1811⁷, la mayor parte de su historia ha transcurrido bajo un esquema de Estado autoritario, caracterizado esencialmente por la incapacidad de construir un modelo que sintetizara y respondiera a los intereses de la sociedad en su conjunto.

Se trata de un país que prácticamente no ha conocido un gobierno democrático, sino el predominio del régimen autoritario con una fuerte concentración del poder en el Estado. Algunos han sido dictaduras populares con proyectos nacionalistas,

⁷Se puede considerar al Dictador Francia como el forjador de la independencia paraguaya. Entre las principales medidas que adoptó resaltan: el cierre de las fronteras en busca de la protección del país de las pretensiones anexionistas de los países vecinos y del interés foráneo de extracción de la riqueza nacional; expropió prácticamente a todos los comerciantes por medio de confiscaciones, multas contribuciones forzosas y adjudicación de sus herencias al Estado; quebró la relación con la iglesia, quitándole su base económica y subordinándola totalmente al Estado nacional y transformó a los curas en funcionarios oficiales; creó la "estancia de la patria", donde se criaran los animales para el consumo de la población campesina. Además desarrolló una política de privilegio al campo, dado que consideró al campesinado como la base para la construcción de una real identidad nacional. El hecho de que el 93% de los paraguayos hablen el idioma nativo guaraní, pudiera ser una de las expresiones de la resistencia a los constantes enfrentamientos a los intereses foráneos y el reflejo de la imperiosa necesidad de diferenciación de los que los rodean, sentando una base determinante para la identidad nacional

otros fueron oligarquías que estuvieron directamente al servicio de los intereses del grupo dominante y del capital.

Otro rasgo distintivo de Paraguay es su condición de mediterraneidad, que ha repercutido en su aislamiento y a su vez ha generado dificultades diversas en su relacionamiento con el exterior.

Con el propósito de ofrecer una visión panorámica de los rasgos más resaltantes del autoritarismo se abarcan tres grandes períodos que incluyen el gobierno del Dr. Francia (1814-1840); el gobierno de Carlos Antonio López y Francisco Solano López (1840-1870) y el período de gobierno stronista (1954-1989).

El gobierno de Francia comprende la primera etapa de la vida independiente, cuya política se apoyó fundamentalmente en un poder autoritario a través del cual ejerció un riguroso control sobre los procesos sociales, políticos y económicos, orientados a la consolidación de la independencia mediante la formación y fortalecimiento del Estado nacional; la construcción de una identidad nacional; y el desarrollo de una estructura productiva floreciente, bajo una economía nacional independiente.

La segunda etapa, -posterior a la muerte del dictador Francia- se estableció con el gobierno de Don Carlos Antonio López (1840-1870), cuya conducción se caracterizó por la adopción de algunas líneas que introducen a la forma capitalista de desarrollo, por ejemplo inició el proceso de privatización de la tierra y estableció un nuevo marco para las relaciones internacionales, impulsó el desarrollo tecnológico, consiguió también un significativo avance en el campo técnico mediante la contratación de expertos extranjeros; y fomentó la construcción de infraestructuras (Creydt, 1989:42-45).

El desarrollo alcanzado en los campos tecnológico y productivo colocó al país ante la necesidad de abrir nuevos mercados, especialmente europeos, a través del centro portuario y comercial de Montevideo, planteando de esa manera la posibilidad de independizarse de Buenos Aires⁸ (Creydt, 1989:42:45). Pero se vio amenazado por las ambiciones de Brasil y Argentina, interesados en abrir el mercado al capital británico, quienes declararon la guerra contra Paraguay⁹ (Molinier, en Campos, 1991:67)

⁸La mediterraneidad ha favorecido la dependencia de Paraguay hacia los países vecinos más poderosos como lo son Brasil Y Argentina, esencialmente para realizar sus operaciones comerciales.

⁹La guerra de la "triple alianza", involucró a Brasil, Argentina y Uruguay, con una duración de 5 años (1865-1870) que logró no sólo la destrucción de las bases de la estructura económica y reproductiva con la desaparición de casi

La posguerra se caracterizó por un largo período de inestabilidad -que abarcó de 1870 a 1954¹⁰- siendo una expresión de la incapacidad, particularmente de los partidos políticos por construir un proyecto nacional a través del establecimiento de un sistema de gobierno capaz de amalgamar los intereses de los distintos grupos y sectores que conformaban la sociedad nacional¹¹.

La tercera etapa se inicia en 1954 con el golpe militar encabezado por Stroessner, mecanismo que le ha permitido el acceso al gobierno donde se mantuvo durante 34 años¹². Desde sus inicios, el gobierno stronista se ha destacado por una fuerte concentración del poder en el Estado y sus políticas han estado orientadas al servicio de las clases dominantes y funcional a los intereses externos.

Durante estos años la estructuración y consolidación del poder se basó en la conducción de tres instancias: el partido colorado del cual era presidente honorario, las fuerzas armadas y el gobierno, convirtiendo al poder político en el elemento central de su acumulación y autoridad (Borda, 1993:71).

Su gobierno se ha sustentado en el autoritarismo y la represión, principales mecanismos que le han permitido la acumulación del poder y el control sobre la sociedad. Así los sindicatos, las organizaciones campesinas y estudiantiles fueron

el 90% de la población masculina de 14 a 60 años y la pérdida de alrededor del 25% del territorio, sino que además dejó al país con una deuda enorme. Así mismo fue sometido a despojos de sus recursos ante la desenfrenada ambición de sus adversarios (Molinier en Campos, 1991;68).

¹⁰ Este período abarca unos 85 años, en el cual se sucedieron 44 presidentes, derrocados en su mayoría por violencia.

¹¹ En esta época (1887) se crearon los dos grandes partidos tradicionales; el partido liberal y el partido colorado, ambos ligados a las clases dominantes de Argentina y Brasil y pertenecientes a grandes latifundistas (Lewis, 1986;16). Este hecho pudiera explicarse como una respuesta a la necesidad de construir un proyecto que fusione los intereses de desarrollo interno y la dependencia externa.

¹² La enmienda de la Constitución de 1967, en términos legales le permitió perpetuarse en el poder, modificándose únicamente el artículo referente al límite del período presidencial en 1977, dejándose sin ninguna restricción. En efecto se mantuvo en el gobierno por 7 períodos consecutivos.

destruidas, enfrentando arrestos, tortura, despido de sus empleos y asesinatos (Bouvier, 1987:19-21).

Los persistentes abusos de los derechos humanos esenciales como la libertad política se han convertido en la práctica cotidiana del gobierno, así los arrestos políticos, las largas detenciones, la desaparición de opositores, junto con la censura de los medios de comunicación, han creado una atmósfera de temor colectivo en la población provocando una inmovilización social.

Por tanto el control sobre la sociedad era creciente e intenso, mediante una sistemática represión a todo intento de organización autónoma, política que a su vez tenía vigencia en varios países de América Latina en la lucha contra el bloque comunista.

El régimen de la dictadura militar, de hecho representó el más alto compromiso con el gobierno norteamericano, dado que Paraguay fue el primer país que asumió compromiso de lucha en la guerra fría, dentro del marco de la Doctrina de la Seguridad Nacional, mecanismo en que se apoyaba para eliminar cualquier posibilidad de participación política legítima, excepto a través de organizaciones políticas y sociales controladas por el gobierno¹³

Otro fenómeno siempre presente es la gran migración masiva de paraguayos a los países vecinos ya sea por persecuciones políticas o en busca de algún mecanismo de sobrevivencia.

El país en su proceso de desarrollo no ha experimentado la denominada "sustitución de importaciones", así la estrategia global de desarrollo fue el "crecimiento hacia afuera", mediante la soja y el algodón desde inicios de la década

¹³Las elecciones fueron efectivos mecanismos de control y legitimación, así al partido cuyo candidato presidencial recibe una mayoría simple de voto, automáticamente le corresponde 2 tercios de las bancas en el Senado y en la Cámara de Diputados, siendo las restantes bancas distribuidas entre los otros partidos de acuerdo al porcentaje de los votos obtenidos. Este procedimiento garantiza al partido oficialista el poder absoluto en la toma de decisiones y el veto.

Cabe señalar que las elecciones han sido siempre fraudulentas, donde no se han dado las mínimas condiciones para garantizar un proceso eleccionario transparente, partiendo del hecho de que la Junta Electoral, instancia encargada de la inscripción y supervisión de las elecciones se encuentra integrado por miembros designados por los partidos políticos a través del mismo mecanismo de conformación del Congreso.

de los setenta y a lo largo de su período de gobierno ha defendido fundamentalmente los intereses de la burguesía agroexportadora y financiera tanto local como internacional y sus propios intereses como burocracia prebendaria.

La estructura económica se ha basado principalmente en la producción agropecuaria de exportación, y en una incipiente actividad industrial con escasa incorporación de tecnología; junto a la incorporación creciente del comercio ilegal (contrabando) y grandes operaciones del capital financiero y especulativo.

La actividad agrícola alcanzó importante peso, así en la década de los 80s, de la población económicamente activa (PEA) la mitad pertenecía al sector agrícola-ganadero y un tercio a los servicios (Céspedes en Abente, 1993:53).

Este modelo combinaba el desarrollo agrario con un régimen basado en prácticas prebendarias y clientelistas como mecanismo de control sobre la población (Fogel en Abente, 1993:14-23). Pero en general las políticas de carácter social se han destacado por la ausencia de un enfoque de bienestar en el desarrollo de los servicios, dado que se orientaba más bien a cumplir con los fines partidarios y a ofrecer ciertas medidas de tipo elemental, bajo una visión y práctica prebendaria.

Hacia los años 1982-1983 el país se encontraba gravitando por un período de importantes cambios en su dinámica económica que coincidió con la crisis generada a nivel mundial, por la caída de los precios internacionales de los principales productos de exportación -el algodón y la soja-. También se venía registrando una drástica disminución de los flujos provenientes de las transacciones binacionales que aumentaron las tensiones con la deuda contraída para la construcción de la represa hidroeléctrica de Itaipú, bajo condiciones muy desfavorables por el alto interés y el corto plazo establecido para su pago. Así mismo se han presentado condiciones climáticas adversas en 1983 y 1986, originando una gran recesión.

Por lo tanto la política económica de la dictadura que media estos procesos se enfrentó al creciente déficit fiscal -debido a la alta tasa de interés para los gastos públicos-; disminución de los ingresos ocasionados por la caída de la actividad económica-. Así mismo registró la devaluación del guaraní -moneda nacional- que se había mantenido desde 1982 bajo con un tipo de cambio preferencial para las importaciones, medida que favoreció a las corporaciones estatales para el pago de los servicios de la deuda externa (Molinier en Campos, 1991:75).

La combinación de tales factores ha hecho inevitable la emergencia de una crisis que se tradujo en un descenso de las tasas de crecimiento del PIB; la inflación creció en un 32% hacia 1987; aumentó el desempleo; y fue creciente el déficit en la balanza comercial; también disminuyeron las reservas internacionales acumuladas y se fue atrasando el pago de la deuda externa desde 1985 (Molinier en Campos, 1991:72-74).

La evolución de la crisis económica marcaría uno de los puntos del conflicto entre el gobierno y el sector empresarial, que se mostraba en desacuerdo con algunas de las medidas instrumentadas por el gobierno; así mismo en el círculo militar se desataban algunas tensiones en relación a ascensos ilegítimos y diferencia de salarios entre los militares; y dentro del partido oficialista (colorado) se dieron fragmentaciones, configurando algunos de los elementos que dieron origen a la caída de la dictadura en 1989 (Bouvier, 1987:42-47).

En efecto, tanto las circunstancias políticas, geográficas y socioeconómicas han marcado su atraso y le significaron un escaso desarrollo social y económico traducido en la ignorancia, pobreza masiva y la incapacidad de la sociedad civil de constituirse en el grupo de conducción con proyecto nacional.

EL SISTEMA DE SALUD DURANTE LA DICTADURA

El sector salud se constituyó hasta 1989 por dos grandes subsectores; el privado y el público, cuyas características se hallan definidas por las reglas que regulan el funcionamiento de cada sector (este sistema se conserva en la actualidad).

El gran campo del sector público lo conforma el subsector estatal, integrado por una red de instituciones cuyo funcionamiento se halla condicionado a la provisión de fondos por el Estado, con cierta variabilidad conforme al grado de dependencia. En su conjunto constitucionalmente ha tenido a su cargo la prevención, curación y recuperación de la salud de las personas, así como del mantenimiento y cuidado de la salud ambiental dentro de la sociedad.

El Ministerio se estableció como la máxima instancia técnico, político, administrativo y operativa del Estado en materia de salud, es decir que se trataba de la institución responsable de la conducción de la salud y de la prestación de los servicios de salud pública a nivel nacional.

Para el desarrollo de las acciones se organizó en regiones sanitarias distribuidas en todo el territorio nacional; estructuró los servicios en distintos niveles de atención conforme a la complejidad de las patologías a ser atendidas, y operó mediante el sistema de referencia y contrareferencia.

El primer nivel ofrece servicios de promoción y protección de la salud, atención elemental de la patología local más frecuente por personal auxiliar y comunitario. Funcionan en los llamados Puestos de Salud, en comunidades con una población de 2.000 habitantes.

El segundo nivel incluye acciones de promoción y protección de la salud, ofrece atención ambulatoria y hospitalización general por personal profesional, técnico y

auxiliar. Operan en los Centros de Salud, donde existe una población de 2.000 a 20.000 habitantes.

El tercer nivel abarca, además de la promoción, la protección de la salud, la atención ambulatoria, hospitalización general y especializada por personal profesional, técnico y auxiliar. Se trata de un nivel básico y complementario, funciona en los Centros de Salud Regionales en lugares que cuenta de 20.000 a 100.000 habitantes.

En el cuarto nivel la atención es especializada, o sea las instituciones son alto nivel de complejidad, con cobertura a nivel nacional.

El Ministerio se instituyó en la principal entidad que carga con la responsabilidad de la atención sanitaria en el país, con una cobertura que formalmente abarcaba alrededor del 63% de la población nacional.

También tuvo a su cargo la planificación, supervisión y administración de los servicios de saneamiento ambiental a nivel nacional que incluye la provisión de agua potable a las zonas rurales y localidades urbanas hasta 4 mil habitantes y la construcción de obras de disposición de excretas y basuras, a través de su organismo de carácter técnico, el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental.

A través del Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA) llevaba a cabo el desarrollo del programa de lucha contra los vectores, a través de acciones de prevención y control del Paludismo, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis, chagas, esquistosomiasis y cuenta con la asistencia técnica y financiera de agencias internacionales de cooperación.

Otra de las instituciones que integra el área estatal, es la Universidad Nacional de Asunción, una entidad educativa de carácter público y autónomo, que a través de la Facultad de Ciencias Médicas, se ha encargado de la formación de profesionales médicos y de la prestación de servicios de salud en sus dos dependencias: el Hospital de Clínicas y el Neuropsiquiátrico.

El Hospital de Clínicas, es la principal dependencia encargada de la atención médica principalmente de las poblaciones de escasos recursos del campo y de la ciudad y se ha caracterizado por ser un centro asistencial carente de los mínimos recursos necesarios para el desarrollo de las actividades.

La Sanidad Militar; prestaba servicios hospitalarios y consultas médicas, odontológicas, urgencias y de enfermería al personal del ejército y sus familiares, para lo cual contaba con dos hospitales, unidades sanitarias y enfermerías localizadas en las diversas regiones del país.

La Sanidad Policial; se ocupaba de la atención del personal de la policía y sus familiares. El servicio consistía en consultas médicas, asistencia quirúrgica, atención odontológica, hospitalización.

La Sanidad Municipal, a través de un Policlínico Municipal localizado en la ciudad de Asunción, ofrecía servicios a precios regulados, de consultas médicas generales y especializadas, análisis clínicos y de enfermería, dirigidos tanto a los funcionarios municipales y sus familiares, así como al público en general. También contaba con consultorios periféricos que brindan atención ambulatoria en clínica general en los centros de servicios municipales.

La Seguridad Social constituye el otro ámbito del sistema estatal de salud en el país, pero se diferencia en el grado de participación del Estado en la financiación, así como el mecanismo de intervención y los beneficios que incluyen.

Existen varias instituciones de seguridad social en el país, con su propio sistema de prestaciones ya sea del régimen de corto y/o largo plazo. Dentro de los beneficios de corto plazo, incluye el conjunto de previsiones destinadas a proteger a los trabajadores asalariados de los riesgos de enfermedad, accidente, maternidad. El régimen de largo plazo incluye la caja de jubilaciones y pensiones consistentes en el derecho de un afiliado de continuar percibiendo, mientras viva, una suma mensual de dinero, calculada según el promedio de sus sueldos, cuando en virtud de su antigüedad y edad, o por imposibilidad física, se retira del servicio activo.

Entre las instituciones que integran el sistema de Seguridad Social dentro del mismo periodo (dictadura militar) se encuentran; el Instituto de Previsión Social (IPS), principal institución de Seguridad Social en el país¹⁴ que tiene a su cargo la dirección y administración de dicho sistema, sobre la base de la representación y financiamiento tripartitos, de trabajadores, empleadores y el Estado.

Cubre a los funcionarios públicos, incluyendo a los empleados públicos, a los funcionarios de la Universidad Nacional; del Magisterio Nacional, también integra a los miembros de las Fuerzas Armadas y Policiales y a los Veteranos de la Guerra del Chaco.

También se encuentran otras cajas de Seguro Social con programas exclusivamente de largo plazo, o sea sólo incluyen las jubilaciones y pensiones a excepción de la Caja Ferroviaria que ofrece seguro médico.

¹⁴Fue creado en 1943 como una dependencia especializada del Ministerio de Salud Pública, con el fin de complementar las funciones sociales de éste. Pero en 1950 fue instituido como **ente autónomo y autárquico**, basado en el régimen de seguro obligatorio de carácter laboral (STP,1987;71:72 citado en Molinier).

Las más importantes son; Caja de la Administración Nacional de Electricidad (ANDE); caja de Seguros Sociales de Empleados y Obreros Ferroviarios; caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal Municipal; caja de Jubilaciones y Pensiones de los Empleados Bancarios; Fondo de Jubilaciones y Pensiones de los Miembros del Poder Legislativo.

La corporativización, ha sido la principal forma de gestión de las instituciones del sector estatal, teniendo en cuenta que sus funcionarios se han apoyado en la utilización de mecanismos orientados a la obtención de beneficios personales y sobre todo para la formación y mantenimiento de la clientela política del partido de gobierno. Así la pertenencia al partido de gobierno ha constituido el principal y prácticamente único criterio de selección del trabajador de la salud, y la lealtad al dictador, como requisito básico para ocupar cargos políticos. El carácter rígido y autoritario de las gestiones ha contribuido a mantener aisladas y herméticas a las instituciones frente a las crecientes demandas de la población y también ante la necesidad de renovaciones de los sistemas de atención.

En general la gestión del sector salud de la época se caracteriza por la vigencia y el cumplimiento de la ley máxima e incuestionable "orden superior", proveniente del propio Stroessner que se ubica por encima de cualquier marco jurídico establecido. Las acciones se dirigían de manera privilegiada a la población perteneciente al partido oficialista, consolidando de esa manera el poder por la vía de la prebenda y el clientelismo. Así mismo ha sido marcado por la corrupción, la inoperancia y la ineficiencia de los servicios de atención y de los administrativos.

Otro aspecto relevante tiene que ver con la inadecuada capacitación de los recursos humanos, los cuales han sido acreditados para desempeñar cualquier función bastando la afiliación al partido colorado.

Respecto al discurso manejado por el gobierno, deja ver un aparente bienestar, apoyándose en resultados obtenidos con medidas que tendían a la disminución de enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles en respuesta al compromiso asumido dentro del marco de la meta "salud para todos en el año 2000".

De esa manera el Estado se ha abocado a la atención principalmente curativa, también ha emprendido la construcción de infraestructuras y equipamiento, convirtiéndose en el medio para la acumulación de poder y para la obtención de beneficios económicos (vía prácticas de corrupción). Las acciones de prevención han sido realizadas principalmente bajo la responsabilidad de los organismos internacionales¹⁵.

¹⁵ Tesis de maestría en Salud Colectiva sobre "Análisis de los planes de salud elaborados en Paraguay durante el período

El sector privado en el campo de la salud al igual que las demás actividades privadas se rige por las leyes del mercado, cuya finalidad central es la obtención del mayor beneficio económico; por tanto ofrece atención a aquellas personas o grupos que poseen capacidad de pago. También se incluyen servicios de salud proporcionados por cooperativas, fundaciones, y las actividades que realizan instituciones de la iglesia católica.

Su funcionamiento se ha caracterizado por la ausencia de un marco regulatorio y de mecanismos de control; por lo que su manejo se basó esencialmente en la oferta de servicios a la población que cuenta con recursos económicos y de aquellos grupos que no consiguen respuestas en las instituciones.

Si bien se reconoce que su participación en el sector cubría alrededor del 10% de la población, sin embargo ha jugado un papel relevante en la oferta de los servicios de salud a la población, a través de mecanismos diversos como la derivación de pacientes de las instituciones públicas, la utilización de recursos e instalaciones de las entidades públicas.

Las condiciones que han propiciado la existencia y el crecimiento del sector privado tiene que ver esencialmente con la ausencia de respuesta que demanda la población al sector público, resultando prácticamente como la única vía de solución inmediata a los problemas de salud.

La ausencia de regulación del campo privado en salud se ha traducido en la falta de vigilancia, seguimiento, evaluación y control de las acciones, elementos que han contribuido en el desarrollado sectorial en condiciones encubiertas.

Stronista 1954-1989. María del Carmen Gómez Rojas. Río de Janeiro 1995.

CAPITULO III

EL CONTEXTO: PROCESO DE TRANSICIÓN A LA DEMOCRACIA.

El estudio comprende el período conocido como "Proceso de Transición a la Democracia". En el caso particular de Paraguay este proceso se inicia en febrero de 1989 mediante un golpe de Estado dirigido por el Gral. Andrés Rodríguez¹⁶, que puso fin a los casi 34 años de dictadura del Gral. Stroessner. Paraguay entonces se convirtió en el último país que se incorporó a los procesos de democratización.

Existen varios factores externos e internos que intervinieron para el desenlace del golpe militar. En relación a los factores externos es evidente que países como los Estados Unidos, Argentina y Brasil presionaron para la apertura de un proceso de mayor liberalización política, dado que las discusiones sobre integración económica se encontraban al orden del día en las élites empresariales y en los países vecinos.

Por tanto la apertura democrática era una condición indispensable para la inserción de Paraguay los proyectos de integración económica regional. Además se trataba ya del único país bajo un régimen dictatorial, que deterioraba su imagen ante la comunidad internacional.

Entre los aspectos internos se observaron constantes movilizaciones de organizaciones campesinas, sindicales, estudiantiles en reclamo de los derechos y en condena de los abusos a los derechos humanos; en lo económico el gobierno de Stroessner llegó en 1988 con una severa crisis económica y la incompatibilidad del modelo de desarrollo atrasado y prebendario con las tendencias de las globalizaciones en los países de la región.

Un actor que vincula lo político, lo social y los histórico es la Iglesia Católica, que por su gran inserción cultural en el país, un grupo de la misma cumplió un papel aglutinador y como agente de concientización relativa, y la enfrentó directamente con el poder central¹⁷, por lo que se había quebrantado la relación con el gobierno.

¹⁶ Comandante del Tercer Cuerpo del Ejército, cuya fuerza principal se centra en el Cuartel de Caballería, localizado en la periferia de Asunción. Es además consuegro de Stroessner.

¹⁷ Imas Víctor, La emergencia del movimiento urbano popular en el marco de la Transición Política en el Paraguay. Tesis de Maestría de Urbanismo. Universidad Autónoma de México, 1995.

Otro de los factores tiene que ver con la crisis generada en la élite política que provocó una segmentación de los grupos de fuerzas. Sin embargo, el dictador Gral. Stroessner mantuvo la administración del poder a través del partido colorado y las fuerzas armadas¹⁸. Esta estructura gobierno-fuerzas armadas y partido ha sido durante todo su gobierno la base de su poder.

El conflicto se generó con el surgimiento de una contraélite¹⁹ del partido colorado que enfrentó a la élite tradicional con pretensiones de ganar más espacio de decisión frente al dominio autoritario, pero el dictador depuró el partido colorado, ubicando a la contraélite militante en la dirección del aparato del partido. Así desplazó al grupo tradicional del partido que durante 31 años se había mantenido con total fidelidad. A través de la aplicación de esa medida de exclusión de los sectores tradicionales del partido, la militancia fortaleció al extremo el mecanismo prebendario del partido, razón por la cual se agudizó la crisis en el partido.

El mecanismo de exclusión se extendió a todas las instancias organizativas, pero la estrategia autocrática mantuvo toda la vida social bajo el control, lo que significó fundamentalmente la desmovilización social. La exclusión alcanzó también a las fuerzas armadas, siendo el elemento detonante del golpe militar. Dentro de la estructura castrense se venía manejando el pase a retiro de algunos jefes de alto rango,²⁰ también se verificaron manipulaciones en los ascensos militares que contribuyeron a agravar la crisis existente (Arditi, 1987:47) así la respuesta militar y política fue fulminante; el golpe del 3 de febrero de 1989²¹

En esencia el golpe no es más que un recambio del grupo en el poder, dado que estuvo protagonizado por un sector de las fuerzas, siendo el principal soporte del poder dictatorial. O sea el cambio vino desde arriba, por tanto las condiciones y las reglas del juego fueron impuestas durante gran parte del proceso unilateralmente por este actor, incluso consigue legitimarse ante la sociedad, al mismo tiempo en la

¹⁸ Stroessner logró la mayor acumulación de poder y político y militar en la historia paraguaya del siglo XX; presidente de la república, comandante de las fuerzas armadas de la nación y presidente honorario del partido colorado.

¹⁹ Los autodenominados "militantes, combatientes y stronistas".

²⁰ Entre los involucrados se encontraban número 2 dentro de la estructura de poder del ejército; el Gral. Andrés Rodríguez, consuegro del propio Stroessner y el Comandante de la Armada Nacional; González Pettit.

²¹ Análisis del mes, febrero 89. Suplemento especial

²³ Los analistas Carlos Martini, Víctor Jacinto Flecha, José Nicolás Morínigo y Eduardo Morínigo señalan que con las elecciones generales del mes de mayo de 1993 oficialmente se considera como la culminación del proceso de transición. Sin

mayoría de sus integrantes de alto rango eran los más beneficiados, pues el poder se repartió entre los militares y políticos que destacaban por su lealtad.²² .

Aunque oficialmente el proceso de transición finaliza con las elecciones generales que se llevaron a cabo en mayo de 1993 donde se establece un nuevo gobierno nacional. Para los fines de este trabajo se entiende que el proceso de transición rebasa las elecciones generales de 1993, que si bien constituye un acontecimiento importante, no marca su finalización teniendo en cuenta en que ni siquiera se han consolidado los cambios que apunten hacia la democracia.

Uno de los rasgos centrales del proceso de transición, ha sido el cambio en la arena política cuyo componente relevante tiene que ver con la liberalización entendida como proceso de redefinición y ampliación de los derechos que protegen al individuo y grupos sociales, propiciando la participación ciudadana en actividades políticas.

Otro rasgo particular de la transición es la existencia de un cronograma electoral, en donde figuran las elecciones (generales, convencionales, municipales). El proceso eleccionario de la transición contempla primero la elección presidencial en mayo de 1989; la promulgación de la nueva Ley Electoral en 1990; las elecciones municipales en 1991; las elecciones para la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente 1991; y las elecciones generales en 1993 ²³ .

En las elecciones generales de 1989, por primera vez en la historia paraguaya se presentaron 8 partidos políticos y las mismas se realizaron bajo un clima de libertad de prensa, de reunión. Los resultados para el ejecutivo, favoreció al candidato del partido colorado y autor central del golpe militar -que derrocó a Stroessner del poder-, el Gral. Andrés Rodríguez quien obtuvo el 70% de los votos emitidos²⁴ .

Las elecciones municipales celebradas en 1991, constituyen un hecho inédito en la historia paraguaya, dado que es la primera elección de las autoridades municipales a través del voto directo, cuyo resultado arrojó 45 municipios a favor de la oposición, de un total de municipios existentes a nivel nacional.

Ese mismo año se celebraron las elecciones para la Asamblea Nacional Constituyente para la promulgación de la Nueva Constitución Nacional, donde el partido colorado recuperó la hegemonía, al ubicarse con una amplia mayoría, después de la derrota en las administraciones municipales.

El resultado de las elecciones para la conformación de la Asamblea Nacional Constituyente, favoreció al Partido Colorado que ganó 122 escaños de un total de

²³ Análisis del mes, junio 1992. año VII No.80 Separata.

²⁴ Análisis del mes, abril 1993, Año VIII No.90 pág 9

198, es decir el 61%; el partido liberal con 55 convencionales (27%); mientras Constitución para Todos ganó 19 escaños (9%) y el Partido Febrerista y Demócrata Cristiano con 1 convencional. Pero la nota distintiva de este comicio es el elevado nivel de ausentismo del electorado nacional, que alcanzó alrededor del 48% ²⁵ .

El cierre de la intensa agenda electoral se da con las elecciones generales de mayo de 1993 para elegir a las autoridades contempladas en la Nueva Constitución Nacional. En este último comicio compitieron únicamente civiles, después de 62 años (el último comicio fue realizado en 1928 y fue una de las pocas que recuerda la historia nacional), pero en ningún momento de la historia paraguaya hasta hoy, un partido político fue desplazado por otro a través del voto ²⁶ .

Los resultados arrojaron las siguientes cifras para el ejecutivo: el partido colorado obtuvo para la presidencia el 39%; el partido Liberal Radical Auténtico consiguió el 32%; y el Encuentro Nacional alcanzó el 23% de los votos ²⁷ . Según los resultados, de 125 miembros que integran el parlamento nacional; 80 corresponde a Diputados y 45 a Senadores y las mismas quedaron conformadas de la siguiente manera: Cámara baja 38 diputados colorados (47%); 33 diputados liberales (41%); 9 diputados encuentristas. La Cámara de Senadores: 20 senadores por el partido colorado (44%); 17 senadores por el PLRA (37%) y 8 senadores (17%) por el Encuentro Nacional ²⁸ .

De hecho, el Paraguay no ha conocido en toda su historia una dinámica electoral tan intensa, dentro de una atmósfera de libertades públicas y políticas, aunque el proceso electoral que culmina el 9 mayo de 1993 tuvo tres características básicas; desigualdad de oportunidades para los partidos y los movimientos; una sistemática obstaculización de parte del oficialismo a las posibilidades de un control efectivo del proceso electoral; la participación directa de los militares en la contienda política para favorecer al oficialismo. Así una vez más la victoria colorada se apoyó en la vigencia del viejo esquema basado en la tríada de poder partido colorado, gobierno, fuerzas armadas.

Bajo el mencionado marco pueden ser analizados los resultados de los comicios que son favorables para el partido colorado, que triunfó con un candidato civil, después de 40 años de gobierno militar. Sin embargo para las cámaras legislativas, ha permitido por primera vez una situación para la oposición, que adquiere la mayoría en el Parlamento.

²⁵ Análisis del mes, noviembre 1991, separata.

²⁶ Análisis del mes, mayo 1993 Año VIII No.91 pág 9.

²⁷ Análisis del mes mayo 1993 Año VII No.91 págs 4-8.

²⁸ Análisis del mes, febrero 1993 Año VII No.87 pág 2.

Este hecho es saludable para el equilibrio y contrapeso de los poderes del Estado en cualquier país democrático, más aún tratándose de un país con una tradición autoritaria, donde todo el poder ha estado concentrado en el titular del ejecutivo. De cualquier manera es importante el avance logrado a nivel de la institucionalidad democrática formal. Así por primera vez en casi medio siglo, los poderes lácnicos no pudieron impedir, que la oposición pase a controlar la mayoría en el Poder legislativo, como representación de hecho del nuevo mapa político nacional 29 .

Por tanto el proceso eleccionario constituye uno de los pasos básicos para el establecimiento y avance de la democratización, teniendo en cuenta que crea las condiciones para la concurrencia de los distintos partidos a las urnas y genera los mecanismos adecuados para el ejercicio del derecho ciudadano de elegir a sus autoridades, siempre y cuando el concurso pueda celebrarse en igualdad de condiciones para todos los partidos y movimientos políticos, a fin de que pueda lograrse una forma de gobierno emanada de la voluntad de la mayoría.

En cuanto a la estrategia política se da un primer paso fundamental como es el reconocimiento de la validez del interlocutor, que abre la posibilidad a la pluralidad en la constitución de los espacios de poder, que dentro del régimen autoritario se concentraba bajo el dominio de un solo grupo. Este hecho imprime una nueva dinámica a los procesos políticos y sociales, pues se genera una forma de participación y ejercicio del poder de los distintos actores en condiciones de mayor apertura y se inicia una serie de debates sobre los temas de interés colectivo.

El dinamismo que adquiere el proceso de transición en gran medida se debe al papel de los actores sociales, dado que se reorganizan bajo nuevas modalidades y se redefinen sus papeles. En efecto los roles de los antiguos actores son redefinidos y se incorporan nuevos actores, sean éstos institucionales, individuales o colectivos en el juego de poder, configurando nuevas fuerzas encaminadas a delinear y definir las medidas a ser instrumentadas.

A nivel institucional destacan las fuerzas armadas, por el papel protagónico que desempeñan en el proceso de transición, en primer término como ejecutor del golpe, paradójicamente le ha significado la legitimación frente a la sociedad y en los hechos asume la dirección y el control del proceso de transición.

Por tanto el proceso de Transición a parte de afectar el mapa político, plantea cambios del sistema de partidos. El partido oficial es el más afectado, puesto que se ve ante la necesidad de una reestructuración de sus funciones, sin perder por ello el poder político.

²⁹ Análisis del mes, mayo 1993 Año VIII No. 91 Pág. 4

Por su parte los partidos de oposición sufren una crisis de identidad, al enfrentarse a un orden de ser una dictadura pasan a un contexto en el que existe un determinado consenso -pero sin pactos formales- respecto al proceso político. Por lo tanto ya no pueden usar la misma racionalidad que utilizaban en la época de la dictadura, debido a que el conflicto (de poder) comienza a envolver una serie de otras temáticas, como son la política económica, las asignaciones presupuestarias, la reforma agraria, las reformas del Estado. Así mismo exige un nuevo discurso político, donde se le plantea la necesidad de desarrollar una racionalidad práctica que ofrezca soluciones concretas a problemas concretos.

Esto viene a alterar los procesos internos y las concepciones de los partidos de la oposición; y a la vez impone la puesta en operación de una maquinaria organizativa que pueda responder a las exigencias propias del proceso que incluye sucesivas elecciones; como el mantenimiento de una red nacional para establecer un nexo entre la dirigencia y los afiliados, la obtención de recursos para la financiación; hasta la organización de las campañas electorales.

Pero los reajustes internos de los partidos, no solamente están vinculados a las exigencias de las elecciones coyunturales; también tiene mucha importancia la revalidación del poder partidario. El sistema de partidos también se vuelve más competitivo; así las oposiciones aparecen como verdaderas opciones de poder, por lo que aumenta la concurrencia e intensidad de los liderazgos e intereses.

En ese sentido no sólo es para adaptarse a la apertura del mercado político nacional, sino para administrar los conflictos interno-partidarios, resultando indispensable el establecimiento de las reglas electorales para la regulación de la lucha por el poder en el interior de los partidos en los procesos electorales (Caballero en Abente, 1993:179-188).

El surgimiento de nuevos movimientos sociales y partidos políticos adquiere gran importancia, poniendo en evidencia la necesidad de la ciudadanía de constituir nuevos espacios y nuevos liderazgos, al mismo tiempo de renovar las antiguas prácticas de los partidos tradicionales.

En esa búsqueda la aparición movimiento social, "Asunción para Todos" ³⁰ responde a tales expectativas, y esencialmente la población joven se adhiere a las propuestas sugeridas, y de esa manera las elecciones municipales de 1991

³⁰

Este es un movimiento surge con el apoyo de los movimientos obreros urbanos, los sindicales y estudiantes de Asunción., que permitió el triunfo del primer movimiento independiente en instancias estatales constituidas .

recogen los resultados favorables, con el triunfo de la intendencia de la Comuna capitalina (Asunción) y un buen porcentaje de los municipios quedaron bajo el gobierno de la oposición, por primera vez en la historia país.

En esa perspectiva el Encuentro Nacional convoca a los diferentes sectores a conformar una estructura orgánica sin identificarse con ningún partido político tradicional, para lanzarse a las elecciones generales de 1993. En esta ocasión obtiene el 23% de los votos para el ejecutivo; convirtiéndose de esa manera en la tercera fuerza política a nivel nacional³¹. Para seguir operando se vio ante la necesidad de constituirse en un partido político, a pesar de que han surgido varios movimientos internos, que pugnan entre sí según el paquete de interés que pretenden defender. Por tanto al conjugar intereses tan diversos, coloca al Encuentro Nacional ante un dilema por el que ha gravitado desde sus inicios³².

En general el rol de la oposición dentro de la transición se halla vinculado a la legitimación, bajo el marco de la liberalización, de la explicitación y el involucramiento a un cronograma de transición. Aunque resulta un hecho relevante, la ausencia de protagonismo de los partidos en cuanto a la elaboración de los contenidos políticos e institucionales del proceso de transición. El caso más ilustrativo fue la promulgación del nuevo código electoral, en el que queda establecida la ley de los partidos políticos, la justicia electoral y el sistema electoral. En ésta área se dieron 3 proyectos de ley, los cuales surgieron en el seno del partido oficialista y del ejecutivo, siendo éste último aprobado con algunas enmiendas.

Definitivamente la oposición se enfrenta ante una serie de desafíos, como la modernización del discurso y principalmente la inclusión del trabajo intelectual, necesario para que puedan obtener potencialidades de concertación y negociaciones (Caballero en Abente, 1993:173-188).

La redefinición de los roles que desempeñan los actores sociales, involucran esencialmente a las fuerzas armadas, con la restricción del ilimitado poder que venía ejerciendo sobre la sociedad, mediante el establecimiento de medidas que determinan la prohibición de la participación de militares activos en políticas partidarias.

También afecta al Parlamento Nacional que experimenta un claro proceso de recomposición al integrar una oposición que no había tenido cabida en otros

³¹ Análisis del mes, mayo 1993. Año VII. No. 91 págs 4-8.

³² Para mayo de 1995 el Tribunal Electoral de la capital, reconoció oficialmente en partido al Encuentro Nacional (Análisis del mes, mayo 1995 Año X, No.115 Pág 7).

períodos, convirtiéndose en la instancia que logra el reconocimiento de la ciudadanía, pues allí deposita sus demandas y reclamos.

Por su parte, el sector empresarial nacional retoma una gran influencia en la formulación de políticas económicas y sociales, que en gran medida le ha significado beneficios con la adopción del modelo de economía de mercado (Borda, 1993:92); la eliminación del aforo; el achicamiento del Estado y la modernización del sector público.

Ese escenario de libertades creó las condiciones para la reconstitución de la sociedad civil, en sus sectores populares, por ejemplo se evidencia un aumento del sindicalismo independiente; los maestros consiguen logros importantes en salario y prestaciones sociales; se organizan comisiones de campesinos; las mujeres obtienen la modificación del código civil; los funcionarios públicos se nuclean y desarrollan luchas por reivindicaciones frente al Estado³³.

Entre las principales medidas que se incorporaron en el contexto de la Transición se vinculan en primer término a la modificación de la Constitución Nacional y del Código Electoral, siendo los hechos más resaltantes, dado que es el marco donde se establecen las nuevas relaciones de poder dentro de la sociedad paraguaya. Dentro de este contexto se produce igualmente la adecuación respecto al funcionamiento y organización del Estado.

La elaboración de una nueva Constitución Nacional constituye un hecho fundamental para la institucionalización de la democracia. Varios son los aspectos que resaltan la parte programática de la nueva Constitución Nacional; en su parte dogmática enfatiza el respeto a los derechos humanos e introduce nuevos mecanismos de control para garantizarlos; también introduce la vigencias de un sistema político democrático.

En su parte orgánica establece nuevas formas de organización del Estado con la descentralización político-administrativa; la preeminencia del parlamento sobre los otros poderes; la creación del Consejo de la Magistratura instancia que evalúa y elige a los miembros de la Corte Suprema de Justicia, los Tribunales inferiores, jueces y agentes fiscales, que pretende dar un carácter de mayor independencia al poder judicial ; introduce también la figura de la vicepresidencia; establece la no reelección por dos períodos consecutivos. También se incorpora la prohibición de la participación en actividades políticas de los miembros de las fuerzas armadas en servicio activo, uno de los puntos que releva un avance significativo para el restablecimiento del estado de derecho en el país.

³³ Análisis del mes, junio separata pág 2.

En relación a la reforma agraria se evidencia un claro retroceso; puesto que se establece la expropiación de los latifundios improductivos, aunque condicionada a la debida constatación de su improductividad y el previo pago. Bajo tales mecanismos se ve dificultado el proceso de una reforma agraria, una necesidad impostergable en la sociedad paraguaya.

Por lo tanto estos constituyen los principales elementos que marcan la diferencia con la Constitución Nacional (sancionada en 1967) del período stronista, la cual a pesar de la aplastante mayoría colorada en su elaboración, da muestras de un significativo avance en el campo político, aunque en otros casos como la reforma agraria, reporta un retroceso para el bienestar del sector campesino.

Además varias medidas se fueron delineando, las cuales se encuadran dentro de las exigencias impuestas por el nuevo modelo de acumulación, entre las que se encuentran la incorporación de Paraguay al mercado común del sur (MERCOSUR); la integración al GATT; la reforma tributaria que crea el impuesto al valor agregado (IVA) significando mayor costo para el consumo; la reforma de la Carta Orgánica del Banco Central y de la Ley General de Bancos; la puesta en marcha de la Bolsa de Valores; liberalización de las tasas de interés bancarias como parte del proyecto de modernización del sistema financiero; y la adopción del sistema de cambio único, libre y fluctuante (Molinier, 1993:28-29). También fue promulgada la ley de privatizaciones de empresas públicas y la igualdad de inversiones nacionales y extranjeras³⁴.

La política salarial adoptada a partir de 1989 se ha caracterizado por la contención salarial, con una pérdida del poder adquisitivo durante los primeros 4 años en un 38,5% y el aumento del costo de vida en un 149,45%³⁵, lo que demuestra que no ha sido compatible con los propósitos de una mejor distribución del ingreso nacional. A esto se agrega que el 35% de los asalariados no perciben los salarios mínimos estipulados, lo que deja entrever que tal política sólo constituye una referencia para los empresarios para hacer efectivas las contribuciones obrero-patronales al Instituto de Previsión Social (Schreiner, 1992:93).

El referido deterioro del poder de compra de los salarios, ha sido la consecuencia del establecimiento de medidas de política económica enmarcada en el contexto de una nueva orientación de la política económica global, que incluye el nuevo régimen de cambios, mantención del régimen de salario mínimo, la política de precios y tarifas de servicios públicos, entre otros; además la modificación del régimen tributario, con la incorporación del impuesto al valor agregado y la simplificación de la legislación respectiva vigente (Ibidem:38-43).

³⁴ Análisis del mes, diciembre 1991 Año IX No.110 pág 12

³⁵ Análisis del mes, julio 1993 16-17

Otra de las medidas adoptada por el gobierno estuvo orientada al pago de la deuda externa, ante las presiones del Fondo Monetario Internacional para reanudar las relaciones y de ese modo para acceder a los préstamos de este organismo ³⁶, a partir de las cuales se reorientan las políticas sociales durante la transición.

La política de gasto público ha mostrado una nueva tendencia dado que en la década del sesenta absorbía alrededor del 43% de los gastos totales; en los primeros años de la década del ochenta, el mismo se situó en torno al 33%; en los años 1987-1988, con un promedio de 28% y en los años siguientes hasta 1992, la proporción fue aumentando hasta situarse en 36%, tendiendo hacia los valores vigentes en la década del sesenta. En consecuencia queda tan solo un margen del 25% para cubrir los gastos de servicios sociales y económicos, con predominio de gastos relacionados con actividades administrativas o burocráticas.

Además la estructura económica del gasto ha privilegiado el consumo gubernamental en detrimento de las inversiones públicas y ello con mayor intensidad desde 1989, lo que ha incidido negativamente en el nivel de inversión bruta total, en el empleo y en la tasa de crecimiento económico (Ibidem:97).

Por su parte los Servicios Sociales y Culturales, educación, salud, asistencia social y trabajo en 1980 ocupaban el 10,6% de los gastos totales, y se sitúa en 1992 en un 19,6%. En el caso del gobierno central, el 64,6% de los gastos de consumo de 1990, consistió en servicios personales, lo que para 1991, se elevó a 74,3% y para 1992 a 75,5%, según antecedentes de ejecución presupuestaria, lo que indica que la política de gastos públicos privilegió el consumo respecto a las inversiones, siendo en aquel, el rubro de servicios personales el de mayor ponderación.

La política cambiaria entre 1989 y 1992 en correspondencia con las políticas comerciales, de fijación de precios y tarifas, la política fiscal e incluso la política monetaria y crediticia, contribuyó a acentuar el deterioro de la distribución del ingreso en Paraguay, considerando de que los más afectados fueron los productores primarios pertenecientes a los estratos de ingresos más bajos y que la aplicación de políticas arancelarias, en un contexto de caída de tipo de cambio real, fue favorable a productos destinados al grupo de personas de mayores ingresos.

Por lo tanto el proceso de Transición presenta avances y reveses, así los avances señalados en el terreno de la ciudadanía, se enfrenta a los poderes reales que no se desarticulan, a pesar de la crisis permanente en algunos de sus polos, el partido colorado. De hecho la transición se encontró con que la lógica de los poderes

³⁶ Análisis del mes, diciembre 1992, Año VII. No.86 págs 2-5

reales operó con fuerza suficiente como para retener el gobierno ³⁷ y al mismo tiempo continúa favoreciendo la acumulación de los más ricos.

Puede notarse que a través de la Transición esencialmente se intenta resolver las contradicciones existentes en torno a los intereses de los diferentes actores o grupos, aunque sin una total definición del curso que adoptarán los diversos proyectos y acciones; aunque se produce una serie de ordenamientos para viabilizar el proyecto de modernización.

Se trata, pues, de una transición conservadora en lo político y en lo económico en cuanto busca reestructurar a las fuerzas políticas dominantes, como son el Partido Colorado y las fuerzas armadas y restaurar la alianza del gobierno con la iglesia católica. Así las fuerzas armadas se las arreglaron para conservar una autonomía significativamente amplia a fin de seguir utilizando arbitrariamente los recursos del Estado en la fase postdictatorial.

Así mismo mantiene y favorece, en términos económicos a los sectores dominantes: el empresariado agroexportador y financiero. Incluso los incorpora a la conducción económica del gobierno y/o éste se vuelve más permeable a sus demandas (Céspedes en Abente 1993;54).

En la dimensión económica, la nota distintiva es la insistencia en medidas parciales, y la falta de uniformidad y coherencia en la orientación de la política económica. Así se suceden medidas tuvieron profundas consecuencias estructurales por dilatar la solución y consecuentemente agravar las dificultades socioeconómicas del país; como los tarifazos de los servicios públicos y el control de la inflación, en cumplimiento de la carta de compromiso suscrito con el FMI (Schreiner, 1992:17).

Tales medidas tuvieron como objetivo central la restauración del equilibrio de la balanza de pagos, promoviendo la expansión de la producción, en especial de aquellas destinadas al sector externo (Idibem:22).

Según informe de la CEPAL, en Paraguay el nivel de la actividad se desaceleró en 1992 por 4 años consecutivos. Dicho desempeño se debió principalmente a la caída de más del 7% en la producción agrícola, con la consecuente reducción de su nivel de vida ³⁸.

El nivel de deterioro económico se refleja esencialmente en el nivel de desempleo que alcanza alrededor del 16% y en la diferencia de los niveles de ingreso, así el

³⁷ Análisis del mes, junio 1993, separata, 2.

³⁸ Análisis del mes, enero 1993, pág 10.

60% de la población paraguaya vive por debajo de la línea de pobreza, con una fuerte concentración de la riqueza en manos de un pequeño grupo de la población que representa el 10% se apropia de un 42% del ingreso familiar total. Lo que es más grave, mientras el 29,8% de las familias del país que residen en el área metropolitana prácticamente perciben la mitad del ingreso nacional y el 70% de las familias restantes perciben la otra mitad (Espínola, 1992:63-64).

Se puede concluir que una de las características más resaltante de la transición es la subordinación de los problemas socioeconómicos a los políticos, agravándose aún más los estados de deterioro de las condiciones de vivienda, salud, educación, tenencia de tierra de los sectores populares del país.

Aunque el nuevo régimen asume un discurso que reconoce la crítica situación social, sin embargo, se ve imposibilitado de dar respuesta a la problemática, debido a la adopción de políticas de desarrollo que le impone su integración al ámbito global.

En efecto, en el período de transición en alguna medida ha habido una ausencia de medidas y políticas idóneas para revertir la situación, y sólo al parecer están aplicándose aquellas medidas que tendientes a diferir en el tiempo el problema, antes que darle una solución de fondo.

CAPITULO IV

LOS ACTORES SOCIALES EN LA DISCUSIÓN Y EN LA PROPUESTA DE REMODELACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD.

En Paraguay el sector salud tiene un importante componente estatal, dado que la salud pública representa la referencia en salud para la población paraguaya, y además a pesar de las deficiencias de su gestión y de su estructuración, cuenta con una red de servicios organizados en instituciones según niveles de complejidad, distribuidos en todo el territorio nacional para la atención de los problemas sanitarios.

Otro componente relevante es el campo de la Seguridad Social, creado con el propósito de ofrecer atención médica y jubilación a los trabajadores. Cuenta con el establecimiento de un complejo institucional con equipamiento de alta tecnología, y prácticamente concentra todas las especialidades existentes en el país y ofrece un sistema de servicios, semejante al del Ministerio de salud donde la población asegurada recurre en busca de respuesta a sus demandas sanitarias.

De hecho este ha sido un campo de lucha de los trabajadores por conquistar y ampliar los derechos que le corresponden y en cierta medida ha permitido la incorporación del bienestar en el seno de las familias, aunque se haya restringido a los beneficios básicos, como la atención médica y el régimen de jubilación, los cuales posteriormente se fueron ampliando a los familiares de los trabajadores.

El sector privado, también cuenta con servicios de atención médica organizados en los llamados seguros médicos privados, basados en el sistema de pago previo; también integran aquellos servicios provenientes de organismos sin fines de lucro y las prácticas de las familias en el cuidado de la salud.

En el contexto de la transición, el sector adquiere nuevas dinámicas con la incorporación de nuevos actores en la discusión de los viejos y nuevos problemas con respecto a la temática. Además propicia la constitución de nuevos espacios de encuentro y de discusión; desde donde se despliegan acciones tendientes a de institucionalización, modernización y en otro caso de actualización respecto al quehacer sanitario.

Los actores se constituyen en los fundamentales representantes de intereses particulares y de poder dentro de la sociedad, y en consecuencia plantean sus propuestas de conducción y acción acorde al carácter de sus visiones y la naturaleza de sus intereses.

Por lo mismo es fundamental el papel que desempeñan dentro del contexto de la transición, partiendo del hecho de que abre la posibilidad de iniciar debates en torno a temas de interés común, y a su vez de someter a discusión las distintas propuestas.

Resulta a la vez relevante la confluencia de los distintos actores portadores de intereses diversos, lo que permite identificar y valorar el peso que posee cada uno en la definición del conjunto de medidas vinculadas a la salud.

Siendo la salud el eje que los articula a cada uno de los actores, a continuación serán nombrados y caracterizados brevemente.

El Consejo Nacional de Salud constituye uno de los actores institucionales que desempeña un papel fundamental en el desarrollo de las propuestas concernientes a la política de salud, dado que se instituye en la instancia de convocatoria del conjunto de instituciones y organizaciones que lideran e intervienen en los asuntos sanitarios del país. Por tanto cumple la función de concertación y de toma de decisiones alrededor de la política que rige al sector.

El papel del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social amerita una revisión particular, teniendo en cuenta que se trata de la principal instancia establecida por el poder ejecutivo para dirigir y ejecutar las acciones en el sector salud, lo cual indica que es una de las instituciones más antiguas y con mayor peso dentro del sector.

La instancia parlamentaria a través de la Comisión de Salud, a partir de la redefinición de su función, demuestra mayor interés en la problemática sanitaria, ubicándola en un mejor nivel en términos propositivos y en la asignación de recursos. La relevancia del papel del parlamento radica en ser una instancia de creación y aprobación de los mecanismos legales para el establecimiento del marco institucional que regula al sector.

El papel que desempeñan los partidos políticos adquiere relevancia en la medida en que la generalidad de la población se organiza alrededor de los mismos, pero ante su diversidad, también representan intereses diversos y esencialmente se convierten en portavoces de proyectos globales, que incluye a su vez a la salud.

Entre éstos, destacan los partidos tradicionales; el partido colorado, hoy en el gobierno y el partido liberal, los más importantes en término de caudal electoral en el país.

El partido colorado se proclama nacionalista, dado que sus principios doctrinarios dicen defender los intereses colectivos como nación, lo cual le otorga el carácter estatista. Su hegemonía y protagonismo se refleja en que alrededor de 60 años se mantiene en el poder, por tanto es uno de los partidos con mayor peso en las

decisiones en torno a las cuestiones de interés colectivo. En general sostiene un proyecto económico y social, basado en el modelo de economía social del mercado, donde se inscriben las políticas sociales como la de salud.

El partido liberal, se creó en el misma época (1887) y su papel durante más de medio siglo ha sido de oposición al gobierno, por ende subordinado a los proyectos impulsados por el oficialismo. Constituye la segunda fuerza a nivel nacional.

Se trata de un partido basado en principios del liberalismo que propugna la libertad del mercado, en efecto el Estado se constituye en el guardián del cumplimiento de las reglas y encargado de corregir las imperfecciones a través de las políticas sociales. En términos generales, durante la transición se ha mostrado flexibilidad y tolerancia con las medidas instrumentadas por el gobierno y prácticamente la corrupción ha sido el tema que puso en cuestión³⁹.

El partido Revolucionario Febrerista, surgido hacia el año 50, representa una reducida proporción del electorado nacional, por lo que su incidencia en las decisiones ha sido relativamente escasa. Sin embargo debido a las líneas de acción que propone dentro de la corriente de la democracia social, se ha convertido en uno de los partidos que ha realizado propuestas con visiones más integrales para abordar el campo de la salud pública en el país.

El Partido Demócrata Cristiano, constituido como partido hacia 1960 ligado a sectores de la iglesia católica, sus principios se basan en la libertad económica. Cuenta con un electorado muy reducido, por lo que su peso en términos propositivos como en la definición de medidas es también restringido.

El Partido Encuentro Nacional, creado recientemente y reconocido como partido político apenas en 1995, aparece en el contexto de la transición como una instancia que aglutina a un sector importante de la población, integrado por grupos de profesionales, intelectuales, artistas, estudiantes, obreros, y un pequeño sector del campesinado paraguayo.

El Encuentro Nacional sustenta las líneas del centro, declarándose en favor de ciertas medidas impulsadas por el Estado en resguardo de los derechos esenciales de los paraguayos, a la vez que propugna la intervención privada en las actividades económicas, como mecanismo dinamizador de la vida productiva. A pesar de la escasa trayectoria del partido en la vida nacional, ha incido su intervención en los ámbitos de interés colectivo, como es el campo de la salud, a través de propuestas de gobierno.

El poder ejecutivo, constituye la instancia que sintetiza y proyecta las pretensiones del gobierno nacional, que en el caso paraguayo avala los intereses de una

³⁹ Análisis del mes, marzo 1991 Año Vi No.64 pág 7

fracción del partido colorado y del nuevo grupo empresarial nacional. En ese sentido ejerce el poder sobre el conjunto de la sociedad, es decir no sólo toma las decisiones, sino a la vez conduce, ejecuta, controla y apela a ciertos mecanismos incluso para sancionar, lo que da cuenta que tiene potestad sobre todo el proceso.

Dentro de la transición se ha caracterizado por su posición respecto al proceso económico y social fluctuante entre dos polos; la apertura política y la aplicación de una estrategia de contención social a los sectores populares⁴⁰. Tal dualidad se refleja en niveles de ambigüedad y contradicción entre las medidas aplicadas y el discurso.

Otros actores que emergieron durante la transición y que debido al carácter de sus propuestas, hoy adquieren un rol preponderante. Entre los grupos, organizaciones o instituciones que en un momento dado han elaborado propuestas concretas con miras a la reformulación de la política sanitaria se encuentran; el Centro Paraguayo para la Promoción de la Libertad Económica y de la Justicia Social (CEPPRO), organismo privado integrado por profesionales, tanto del sector público como del privado, bajo la asesoría de expertos del Ministerio de Hacienda y de Trabajo del actual gobierno chileno.

La presente propuesta forma parte de la "Propuesta de Política Económica del Centro. Los trabajos son el resultado de trabajos individuales y de discusiones en equipos de trabajo, conformados e integrados en dicho Centro. Por las líneas que propone este organismo puede ejercer influencia en las políticas que se van reformulando en el campo de la salud, dado que recupera los elementos de las actuales tendencias que asumen las políticas de salud en los demás países de la región.

La Fundación para la Salud y el Desarrollo Social (FUNSADES), representado por Agustín Carrizosa-, organismo privado, integra a profesionales del campo de la salud, y se hallan en estrecha vinculación con las labores de asesoría técnica del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los organismos internacionales también intervienen en el campo de salud, pero bajo el supuesto de asesorías y fundamentalmente a través de la elaboración de estudios y diseños de programas de acción.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), tal como viene operando constituye un organismo cuyo papel se ha enfocado a la asistencia técnica y la elaboración de estudios y propuestas entre otros aspectos.

Unicef, también viene operando a través del apoyo a programas orientados a la población infantil del país, y en esos términos ha sido una cooperación importante para el sector salud en la realización de sus programas operativos.

⁴⁰ Análisis del mes, febrero 1993, Año IV No.41 pág. 12

Se han incorporado los bancos, como el Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo en el quehacer del sector, a través de la realización de estudios y apoyo en la realización de programas de salud, lo cual indica que también tienen importante presencia en la vida sectorial.

El grupo empresarial, aparece como otro de los actores que está presente en los distintos espacios de discusión alrededor de la temática sanitaria, y dentro de la transición han cobrado mucha fuerza en el impulso de políticas sociales orientadas a la modernización de los distintos campos de la actividad económica del país. Entre los más destacados se encuentran la Federación de la producción, la Industria y el Comercio (FEPRINCO), que representa intereses de los sectores exportador, importador, ganadero y financiero. También se encuentra la Unión Industrial Paraguaya (UIP), que representa al sector industrial.

El sector empresarial vinculado al campo de la salud integra a la Cámara de Instituciones Médicas Asistenciales del Paraguay y la Cámara Paraguaya de Entidades de Jubilación privada, son dos entidades privadas que agrupa a 10 empresas de medicina prepaga, que dentro de la transición se han instituido en la principal agremiación privada en salud, que se manifiestan y exponen propuestas respecto al campo de la salud y particularmente de la Seguridad Social por tratarse del área de su interés.

Los sindicatos, como organizaciones gremiales que se movilizan en torno a la defensa del derecho de los trabajadores, conforman 3 centrales sindicales a nivel nacional. Integran la CPT (Central Paraguaya de Trabajadores, durante la dictadura fue el brazo del régimen, pero en el contexto de la transición, replanteó su posición en defensa de los trabajadores; la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) ha sido una de las estructuras sindicales que ha luchado de frente a la dictadura y a pesar de ser independiente se mantiene con fondos proporcionados por organismos internacionales; y la Central Nacional de Trabajadores se inscriben dentro de la línea de la democracia cristiana.

Estos actores, han asumido un papel protagónico en el escenario político nacional a través de mecanismos de presión y en algunos casos de negociación con el propósito de defender los derechos adquiridos y en la búsqueda de conquistar otros. A pesar de que toma mayor fuerza la movilización sindical en la transición, ha sido escasa la formación de propuestas y su incidencia en las decisiones, frente al gran peso que ejercen los grupos empresariales del país.

Estos constituyen los principales actores que asumen un papel dinámico en la temática de la salud durante el proceso de transición, en consecuencia son los que van trazando las líneas de acción dentro del sector mediante las propuestas que realizan y la presión que ejercen para validar tanto sus visiones como sus propósitos.

A continuación se desarrollan los diagnósticos y a continuación la propuestas de los distintos actores sociales participantes en el debate.

DIAGNOSTICOS

Se parte de la revisión del Diagnóstico que elaboran los distintos actores en relación a las características del sistema de salud y los problemas sanitarios que en consecuencia padece la población. Los criterios establecidos para la revisión de los diagnósticos conforman; los acuerdos o desacuerdos respecto a los elementos constitutivos de los problemas que presenta el sistema de salud en el país.

En esa perspectiva, el Ministerio de Salud y el Poder Ejecutivo ⁴¹ reconocen que en los últimos 35 años el Sistema de salud en Paraguay enfrenta los siguientes problemas; "la ausencia de una política nacional de salud y de planificación de alcance sectorial como lineamiento doctrinario y programático que facilite la expansión y funcionamiento adecuado de los servicios de salud".

En otro orden visualizan la carencia de un "marco legal y su correspondiente reglamentación que responda a las necesidades actuales de la salud pública. También se asume la limitada capacidad técnica, política y administrativa del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social como organismo normativo, responsable de la conducción de la salud pública y de la prestación de servicios de salud a la población.

El propio Ministerio sigue sosteniendo la existencia de deficiencias expresadas en la carencia de una acción racional y coordinada de diversas instituciones que conforman el sector salud, provocando la duplicación de programas y recursos, el aislamiento institucional y la mínima cobertura de los servicios a la población.

Así mismo existe reconocimiento de una asignación presupuestaria deficiente y escasos proyectos de inversión social, orientados a grupos de alto riesgo.

⁴¹ Diagnóstico elaborado por el Equipo económico y de la Secretaría Técnica de Planificación dependiente de la Presidencia de la república extraído de "Los lineamientos del programa de desarrollo social y económico 1994-1998". Asunción, febrero de 1994 pág 18).

También se ha utilizado el documento elaborado por el Ministerio de Salud, bajo la dirección de la ministra Cinthia Prieto "la acción política estatal en el sector de salud pública y bienestar social". Asunción 1993.

Se señala la necesidad de fortalecer el proceso de descentralización, programación local y la participación comunitaria, ante la deficiente coordinación y articulación sectorial e intersectorial. Se asume por otro lado que la organización institucional presenta una estructura vertical, centralizada y autoritaria. En este punto acuerdan la gran mayoría de los actores sociales, como el propio Ministerio, Poder Ejecutivo, Parlamento Nacional, Funsades, Ceppro, OPS, Partidos Políticos Colorado y Febrerista.

Los señalamientos apuntan a los problemas de carácter normativo y de orden económico-financiero, así como los de tipo político administrativo como la descentralización, reconociendo que constituyen los elementos que crean dificultades dentro de la estructura y la gestión institucional del sector salud.

Respecto a los recursos humanos, coinciden el Ministerio, los Sindicatos y OPS que los mismos se encuentran mal remunerados y además son insuficientes tanto en cantidad como en término de capacitación, en especial en lo que respecta al campo de la administración de programas de salud pública y en gerenciamiento de los servicios.

En otro aspecto, el Ministerio, OPS y Funsades consideran que el sistema de información es deficitario, con un alto grado de subregistros y como resultado existe una mínima confiabilidad en sus datos e indicadores.

En relación a la cobertura tanto el Ministerio, Ceppro, Funsades, Sindicatos y el Partido Febrerista reconocen una mínima cobertura de la atención sanitaria en áreas rurales y peri-urbanas, en especial para los grupos vulnerables considerados prioritarios como el materno infantil, asentamientos campesinos, parcialidades indígenas.

Principalmente Ceppro, considera que los establecimientos médicos hospitalarios ofrecidos por el sector público, se caracterizan por ser discriminatorios al favorecer a los sectores de mayores recursos en detrimento de los grupos más carenciados⁴². Es decir entiende que el sistema de salud pública es inequitativo, desde el momento en que favorece a un sector de la sociedad que se encuentra en posiciones privilegiadas, mientras a falta de mecanismos adecuados, los grupos más vulnerables prácticamente no acceden a los servicios de salud.

La escasa participación en acciones de salud pública de organizaciones comunitarias, municipios, gremios y asociaciones, centros médicos privados, entidades de servicios y de organismos internacionales de cooperación y la

⁴²Se extrae del documento de trabajo, Propuesta de Política Económica, parte VI referida a la Política Social versión preliminar, elaborado por el Centro Paraguayo de la Libertad Económica y de la Justicia Social en diciembre de 1993.

inoperancia del Consejo Nacional de Salud, constituye un aspecto identificado por el Ministerio, Poder Ejecutivo, Funsades, Ceppro.

Por tanto con los datos recabados indican la existencia de un conjunto de problemas que atraviesa el sector relacionados con la deficiencia de los indicadores de salud; la baja cobertura, accesibilidad e impacto (32% de la población sin acceso); la ineficiencia de las instituciones del sector salud; la inequidad del sistema y el escaso desarrollo de la participación social.

Es decir nuevamente aparecen las limitaciones y dificultades que padece el sistema de salud y que se encuentran vinculadas a la cobertura, la inequidad, la escaso estímulo a la participación social.

Otros indicadores en coincidencia CEPPRO con SEGMENA ⁴³ sostienen la mínima productividad de los recursos hospitalarios del sector salud (46% de ocupación de camas y 0,5% de consulta por habitante/año); así como una duplicación innecesaria de recursos humanos, financieros y físicos; una mínima participación de los servicios privados y de la comunidad en salud. El diagnóstico refiere que la productividad representa un problema para el sector salud, dado que los recursos son subutilizados y que además son innecesariamente duplicados.

En la misma perspectiva, Ceppro señala como problemas que afectan al sistema de salud, "la asignación equivocada de los recursos al asignar excesivamente recursos para servicios de baja rentabilidad social.

Por su parte el Ministerio considera la existencia de una coyuntura propicia para plantearse "cambios en el sector y que a su vez constituye un punto de interés de las autoridades nacionales, departamentales y municipales y de los líderes gremiales, sindicales. Además se cuenta con la oferta de apoyo técnico y financiero de los organismos de cooperación nacional e internacional para impulsar el proceso de reforma"⁴⁴.

⁴³Diagnóstico realizado por el Ministerio de Salud en el documento "Perfil del anteproyecto de ley que crea el Seguro Médico Nacional (SEGMENA) preparado para la primera Conferencia Nacional de Salud, realizada en abril de 1995).

⁴⁴ Diagnóstico realizado por el Ministerio de Salud en el documento "Perfil del anteproyecto de ley que crea el Seguro Médico Nacional (SEGMENA) preparado para la primera Conferencia Nacional de Salud, realizada en abril de 1995).

El conjunto de elementos identificados dentro del diagnóstico de los distintos actores, da cuenta de la existencia de una serie de problemas derivados de la propia estructura y organización del sistema de salud como por ejemplo el centralismo y la ineficiencia del sector público que se traduce en la mala utilización y distribución de los recursos.

Así también se señala el bajo nivel de cobertura del servicio de salud pública, atribuido esencialmente a la ineficiencia de la gestión pública en salud, así como a la escasa coordinación institucional que en muchos casos ocasiona únicamente duplicación de esfuerzos.

Otro de los elementos presente en el diagnóstico se refiere al uso irracional de los recursos, sustentado esencialmente en el criterio de la mala asignación de los mismos y la ineficiencia del Estado como administrador de los recursos públicos, por lo que los usos resultan inadecuados, generando problemas de orden operativo.

LAS PROPUESTAS

En la revisión de las propuestas solamente se incluyen aquellas instituciones y organizaciones que cuentan con propuestas elaboradas y aquellos casos en que se hayan dado una sistemática intervención y pronunciamiento acerca de los temas que afectan directa o indirectamente la esfera de la política de salud.

De las propuestas se recuperan los elementos que substancialmente afectan el desenvolvimiento del sector, también los que intervienen en la definición de las políticas que rigen al sector y aquellos que se proyectan para una reforma y aquellos que presentan cierta afinidad a los esquemas promovidos en los países de la región.

Los ejes que conforman las propuestas son los siguientes; la modernización, el papel del Estado; la financiación; la intervención mixta (pública-privada); la organización de los servicios preventivos y curativos; la prioridad de programas y grupos de población; la formación de recursos humanos; y la democratización del sistema.

La modernización

Aparece como el elemento que articula y sintetiza las propuestas de modificación del sistema de salud impulsadas por los distintos actores sociales involucrados en este estudio.

Dentro de este concepto se emprenden modificaciones referentes a los distintos campos del quehacer en salud que implican la renovación de enfoques y prácticas

así como la incorporación de nuevas medidas. Esta propuesta conlleva al cambio del papel estatal en el proceso de atención de los problemas de salud-enfermedad en la medida en que traza una nueva línea de intervención en la temática de la salud. Bajo este criterio se plantea reducir su participación en el establecimiento de respuestas en salud, partiendo del argumento de que el Estado es ineficiente e incapaz de ofrecer servicios de calidad y en forma oportuna.

Ante el reconocimiento de estas falencias surge el planteamiento de la modernización que en definitiva se traduce en medidas que asumen dos dimensiones; por un lado tiene que ver con la incorporación de una serie de mecanismos renovadores ligados al empleo de tecnologías en procura de un mejoramiento de la intervención en salud y por otro lado, bajo esa perspectiva se extrae del Estado la responsabilidad de atender una serie de servicios que son de su competencia.

Así el asesor económico del ejecutivo anuncia la reforma del sistema de Seguridad Social en el transcurso del año (1995), el cual se abrirá a la libre competencia buscando la eficiencia en la prestación de los servicios.

El modelo que se pretende impulsar es el chileno, cuyas características esenciales son: el esquema de capitalización individual en sustitución del esquema de reparto y la eliminación de la asistencia médica y la provisión de medicamentos.

En su mayoría los distintos actores (Ceppo, Partido Colorado, el gremio empresarial) coinciden en la necesidad de privatizar el régimen de pensiones y jubilaciones, bajo el supuesto de la desmonopolización de la Seguridad Social.

La privatización, pasa a constituirse en uno de los componentes esenciales de la nueva corriente de modernización en que se ven involucradas las políticas sociales y que también afecta al sector sanitario. Con la privatización esencialmente se pretende reemplazar las funciones del Estado y trasladarlas a las entidades privadas, bajo el supuesto de que operan con mayor eficiencia y utilizan los mecanismos adecuados en el logro de los objetivos.

La modernización administrativa de hecho pretende optimizar los recursos existentes evitando la duplicidad de funciones y el ejercicio dispendioso del presupuesto (López, 1993:38).

La "función del Estado en la atención de la salud"

Es uno de los pilares de las propuestas de la mayoría de los actores, ya que es el punto de partida y el eje articulador de las modificaciones que se pretenden impulsar en el terreno social y en salud. Al respecto tanto OPS, Ceppo, Funsades, como los empresarios, sostienen el papel del Estado como regulador, fiscalizador y

financiador de ciertos servicios. También proponen recuperar el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por tratarse de la principal institución del Estado encargada de la tarea de abordar los problemas de salud a nivel nacional (Propuesta del propio Ministerio y refrendada por el Poder Ejecutivo, la Comisión de salud del Parlamento, OPS, los sindicatos, el Partido Febrerista).

La discusión del papel del Estado, remite al campo de las estructuras y en ese sentido se afectan los principios constitucionales⁴⁵, donde se establece el marco general que regula los compromisos y deberes del Estado y de la sociedad frente a los procesos de salud-enfermedad.

Los argumentos que se sostienen al respecto, señalan que la gestión realizada por el Estado es ineficiente y costosa, originando una serie de problemas y dificultades para el desarrollo del conjunto de servicios de atención a la población.

Para enfrentar tales falencias aparece la propuesta de reducción de su papel en la fijación de un marco regulatorio de las actividades del sector. La tarea de regulación en esta perspectiva tiene como propósito asegurar la implementación de mecanismos que incentiven la competencia en la oferta de servicios de salud por las diferentes instituciones y en general se encarga de delinear el esquema de funciones que le corresponde al Estado en la "protección y promoción de la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad"⁴⁶.

También se considera como papel del Estado facilitar "ciertos servicios de salud con una alta externalidad positiva". Por ejemplo el control de enfermedades contagiosas, fomento de la medicina preventiva, vacunación de niños, labor educativa y apoyo para el mejoramiento de las condiciones higiénicas y nutricionales del niño entre otros (propuesta sostenida principalmente por CEPPO).

Esto revela que el Estado restringe su participación en el desarrollo de actividades que reúnen dos condiciones esenciales, el carácter preventivo equivalente a bajo costo, pero con elevado alcance. De manera que el enfoque atenta contra la visión integral de la salud que incluyen medidas de orden preventivo, curativo y la rehabilitación, puesto que con la interrelación de cada uno de los aspectos se establecen las condiciones adecuadas para el logro de la salud individual y colectiva.

⁴⁵La Constitución paraguaya sancionada en 1992, ratifica en su art. 72 el derecho a la salud bajo la protección del Estado.

⁴⁶Art. 72 de la Constitución Nacional, sancionada en junio de 1992 en la ciudad de Asunción, Paraguay.

Sin embargo se pretende abordar desde el Estado únicamente parte del proceso, referido a la prevención, y a su vez en su concepción más limitada. Es decir, una prevención entendida como las medidas más elementales orientadas al fomento de la salud y a evitar la aparición de algunas enfermedades, pero no incorpora el mejoramiento de las condiciones de salud ya demandadas y la atención de los problemas de vivienda, de empleo, de alimentación, la educación, siendo éstos los determinantes de los procesos de salud-enfermedad.

En efecto la salud que el Estado pretende promover enfrenta una gran limitación traducida en la instrumentación de medidas orientadas a paliar algunas necesidades básicas de salud y más no la garantía de los procesos de salud-enfermedad que involucra condiciones de vida y de trabajo de la población y la instrumentación de medidas dirigidas no sólo a la prevención, sino también la curación y la rehabilitación.

Por tanto el tratamiento del rol Estado, incorpora los elementos que configuran reformas substanciales en el plano sanitario, porque plantea alterar el esquema de respuesta establecido.

La financiación

Constituye un factor determinante para la puesta en marcha de los programas, a razón de que los recursos existentes son los que efectivizan las propuestas en acciones; y traducen los propósitos y discursos en hechos concretos.

La propuesta de Ceppo refiere que el "financiamiento estatal se justifica como mecanismo redistributivo de la riqueza y para el combate directo de la extrema pobreza".

Uno de los principios que sustenta la participación del Estado en el sector se refiere a la dotación de los recursos que son generados a partir de los aportes de la población en concepto de impuestos y otros mecanismos de recaudación. Sin embargo el combate de la extrema pobreza, tiene como finalidad fundamental evitar la muerte y mantener bajo control los conflictos que puedan generarse a raíz de los problemas que padece la población.

En ese sentido varios de los actores -entre los que se encuentran empresarios, Funsades, Ceppo- consideran que el Estado debe subsidiar servicios médicos a las familias incapacitadas de cotizar; y en el caso de los grupos con solvencia económica que absorban el costo de los servicios médicos.

Esta es la visión emergente en términos de financiación, que involucran a los propios afectados en la provisión de los recursos para la resolución de los problemas. Es decir se impulsa la transferencia de responsabilidades hacia la

población, como un mecanismo de ahorro de los recursos estatales, los cuales se reservan para aquellos paquetes de contenidos esenciales y de amplia externalidad positiva.

El eje que guía dicha propuesta es la racionalización de los recursos, lo cual esencialmente persigue la disminución de los recursos estatales por considerarse una carga onerosa.

En síntesis se impulsa la financiación a través de dos vías; la participación directa del Estado para cubrir los paquetes básicos; mientras el segmento de la población que se encuentra en condiciones de asumir los costos, se hace cargo del mismo, porque la pretensión es "evitar la gratuidad de los servicios"⁴⁷.

Algunos como el Ministerio sugiere la creación de nuevos mecanismos de solidaridad dentro del sistema de salud que cubra a aquellos grupos de población imposibilitada de concurrir a los esquemas de previos pagos de atención. Para el caso de la Seguridad Social, particularmente Ceppro propone el subsidio a los trabajadores independientes, que le permita incorporarse el régimen del seguro social.

La "ampliación de cobertura"

Es una de las propuestas defendidas prácticamente por todos los actores que se pronuncian alrededor de la salud (Ministerio, Poder Ejecutivo, Parlamento, Partidos Políticos, Sindicatos, OPS, Funsades). Las discusiones proponen que "los servicios de salud deben llegar a toda la población paraguaya" y otros se refieren a la ampliación del servicio médico hospitalario (Ceppro).

Destaca esta propuesta, por la preocupación mayoritaria de los actores por extender los servicios de salud a la población de todo el país, y fundamentalmente por tratarse de una iniciativa beneficiosa desde el punto de vista del reconocimiento de la necesidad urgente de la población de contar con la oportunidad de ser atendida dentro de un servicio de salud.

Sin embargo en general no parten de la identificación de las visiones, prácticas y necesidades de la población que durante largos años se vio obligada a resolver sus problemas de salud como pudieron, basándose en prácticas y conocimientos de la medicina tradicional.

La propuesta adquiere más bien un carácter cuantitativo, que se rige bajo el criterio de costo-beneficio, desconociendo el aspecto cualitativo de la problemática que sólo se explica a través de las causas que las generan. Por ejemplo este punto se

⁴⁷ Esta es la propuesta puntualmente sostenida por el CEPPRO.

puede ilustrar con el caso de las atenciones institucionales al parto que alcanza únicamente un 25% en las zonas rurales⁴⁸.

Con esto se evidencia la intervención de elementos de orden cultural y aquellos que son propios de la política sanitaria, es decir el hecho de que la atención institucional tenga un alcance tan limitado, puede deberse a las creencias de la población que involucra prácticas tradicionales en el tratamiento y cuidado de la salud. En dicho esquema prevalece la necesidad de un contacto directo de la madre con el niño y además se apoya en instrumentos elementales y de carácter natural, proporcionando a la población mayor confianza. También aparecen los factores provenientes de las instituciones de salud como por ejemplo la falta de respuesta, los malos tratos, la mala calidad de los servicios existentes, que en su conjunto contribuyen a crear una barrera para la atención médica.

Hay que agregar además, que ante las precarias condiciones de vida, carecen de recursos económicos para atender los problemas de salud bajo los esquemas médicos-científicos por los elevados costos económicos que representan. Se añaden otros problemas ligados a la distancia de los centros asistenciales, junto a los problemas de transportes que impiden la utilización de los centros asistenciales de salud.

Por tanto si no se consideran el conjunto de las necesidades y carencias existentes, las propuestas de extender la cobertura al total de la población resulta una medida insuficiente, -cuando no se acompañan de propuestas tendientes a encarar y abordar los problemas que le dan origen- y carece de capacidad de respuesta hacia los problemas que pretende abordar.

En efecto, la construcción de medidas fundadas únicamente en supuestos, resultan inapropiadas y carecen de efectividad para el logro de los propósitos para lo que fue creado, siendo una de las falencias que presentan la mayoría de los programas impulsados por las instituciones de salud.

Esquema público y privado

Esta propuesta es compartida por la mayoría de los actores como Ministerio, Parlamento, Partido Colorado, empresarios, OPS, Ceppro, Funsades. En el caso del sistema de Seguridad social, el Poder Ejecutivo, el Partido Colorado, los empresarios, Ceppro, coinciden en el planteamiento de la "desmonopolización" del

⁴⁸Se extrae del programa nacional de salud materno infantil, documento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción 1991 pág.7)

Instituto de Previsión Social, no es otra cosa que la separación del régimen de jubilaciones y pensiones de la atención médica, para someter a la iniciativa privada.

Con la incorporación del esquema mixto se renueva la modalidad de organización de la respuesta en el sector, basado en el postulado de la "libre elección de los servicios". Esta idea se apoya además en el supuesto de que el "sector privado es más eficiente en la administración y prestación de servicios", razón que justifica su participación en la organización de los servicios de salud que en definitiva abren campo a la competencia, principal motor que rige la actividad privada.

Por tanto introduce un nuevo enfoque de respuesta, donde el interés radica en primer término en el otorgamiento del carácter de mercancía a la salud que se puede obtener en el mercado, en los casos en que exista capacidad para adquirirlo. Sin embargo los que no se encuentren en condiciones de concurrir -a falta de recursos-, se incorporan a los programas establecidos por las instituciones del Estado.

Bajo esta perspectiva los servicios de salud pasan de ser considerados un derecho a mera mercancía, siendo uno de los atributos requeridos para la dinamización de la iniciativa privada, cuya finalidad última es la obtención de ganancia.

La relevancia de esta modalidad que combina la oferta de servicios públicos y privados, radica en que la aplicación del campo privado se encuentra marcado por el criterio de rentabilidad, mientras las intervenciones que no reporten ganancias considerables, se destinan a la gestión estatal.

En virtud de los propósitos que persigue el sector privado, se establecen las nuevas reglas que regirán al sector y se estructuran los servicios de salud diferenciados en paquetes básicos y las atenciones de complejidad, equivalentes a los potencialmente rentables y los que no reportan ganancias que tienen una directa correspondencia con el quehacer sector privado y el público.

En definitiva la propuesta de solución mixta habilita al sector privado en la oferta de los servicios de salud y limita al mismo tiempo la responsabilidad del Estado a ciertos ámbitos simplificados.

Servicios preventivos y curativos.

Constituye otro de los aspectos abordados con el propósito de reencausar las acciones del sector, donde se establece una clara diferenciación entre el campo preventivo y el curativo-asistencial. En general existe una constante preocupación de enfatizar la prevención, aunque se refiera a medidas puntuales, que no alcanzan abordar los problemas que originan los diversos padecimientos del proceso salud-enfermedad.

En esos términos se sugiere la organización en torno a la participación de los actores públicos y privados, donde la responsabilidad de las acciones preventivas recae en el ámbito estatal, mientras las actividades del orden curativo son destinadas a la iniciativa privada.

Se puede señalar que existen diferencias en cuanto a la concepción de la prevención, donde organismos internacionales como la OPS, también el Partido Febrerista, asumen una visión más amplia, entendiendo que incluye una serie de condiciones vinculadas a la calidad de vida, de trabajo; mientras los otros actores lo reducen a vacunaciones, atención odontológica, nutrición y otros servicios simplificados (Ceppro, Funsades).

Esta propuesta conlleva al necesario reordenamiento de las acciones desplegadas por las instituciones de salud, mediante la distribución de responsabilidades diferenciadas entre el plano público y privado, considerándose que la prevención queda bajo el dominio estatal, pero bajo una concepción restringida, y los servicios curativos se ubican en el campo privado.

Prioridad de programas y grupos de población

La salud materno infantil, primordialmente las madres y menores de 5 años se consideran prioritarios, así como la atención a los grupos de mayor pobreza y aquellas situaciones psicosociales potencialmente riesgosas. El esquema es compartido por el Ministerio, Parlamento, Ceppro, Funsades. Por tanto la prioridad se encuentra enfocada esencialmente en dos vertientes; en términos de programas y respecto a los grupos que cubren.

Estrategias.

Descentralización

Es sostenida prácticamente por todas las propuestas incluyendo Ministerio de Salud, Poder Ejecutivo, Parlamento, Partidos Políticos, OPS, Funsades, Ceppro, Sindicatos con la idea de reorganizar las funciones y responsabilidades a través de redes regionales y locales.

Con esa finalidad se sugiere la creación de una ley donde se establezca la responsabilidad de las municipalidades de destinar una proporción de sus recursos para cubrir los programas de salud, partiendo para el efecto de la realización de un diagnóstico de las condiciones técnicas y financieras en que se desenvuelven los respectivos gobiernos municipales.

Sin embargo existen una serie de situaciones que deberán ser enfrentados a fin de dar curso a esta estrategia, por ejemplo la profunda tradición centralista y una cultura autoritaria que ha impregnado la vida del país, junto a la carencia de experiencias en este campo y la precaria disponibilidad de recursos humanos, técnicos y financieros que en su conjunto interfieren en el desarrollo del proceso. Por tanto se ve ante múltiples dificultades, que deberá ir resolviendo para lograr los fines propuestos, que incluye elementos de orden político, técnico y económico.

Los Sistemas Locales de Salud (SILOS)

Otra de las estrategias propuestas, vinculada estrechamente a la descentralización, a través de la cual se pretende llegar a los niveles locales en el reconocimiento de los problemas, en la planeación, en la ejecución y control de las respuestas a los problemas de salud que padece una determinada población. Por ello, los SILOS son un complemento de la descentralización, dado que apoya la orientación de las acciones desplegadas y a la vez aparece como el mejor mecanismo para abordar una problemática, a través del involucramiento de la propia comunidad o grupo humano que se encuentra afectado por la necesidad o problema.

En términos técnicos resulta una herramienta útil, porque opera asertivamente, desde el momento en que consigna y dimensiona en el propio terreno, las necesidades y problemas que se pretende abordar.

Factor humano

Es un tema que ocupa la atención de actores como el Ministerio, el Parlamento, OPS. Los mismos, se refieren a la necesidad de capacitación de los recursos humanos como una estrategia potencial que permitiría además de un mejor nivel de desempeño del trabajador de la salud, una mejor atención en los servicios de salud.

Al respecto, también sugieren la reasignación de los recursos humanos hacia las zonas desprovistas de infraestructura adecuada y velar por mantener un cierto equilibrio entre prestadores de atención primaria y especialistas (Ceppo).

La preocupación del Ministerio se centra en el establecimiento de una política nacional de recursos humanos, es decir que exista una directriz que regule este campo, incluyendo desde la formación, hasta el ejercicio de la profesión en el campo de la salud. Esta iniciativa permitiría la actualización del estado de cosas, al proporcionar el marco regulatorio del quehacer de los trabajadores de la salud, siendo una condición indispensable para el buen funcionamiento de los servicios de salud.

Democratización del sistema

Lo llamativo de este punto, es la escasa preocupación de los actores en torno a esta cuestión. Únicamente, el Ministerio, los sindicatos y la OPS reconocen y explicitan a través de sus propuestas, la necesidad de iniciar una concepción y una práctica basada en los fundamentos de la democracia dentro sector, como mecanismo que abre oportunidad de participación de la población en los procesos de toma de decisiones respecto a los problemas que les afectan.

También se refieren a la necesidad de democratizar los conocimientos (OPS), siendo una medida propicia para la socialización de la información hacia todos los integrantes del equipo de trabajo de salud y su difusión hacia los usuarios de los servicios y de la población en general, lo cual proporciona elementos para un adecuado reconocimiento de los problemas, así como la adopción de medidas idóneas para la atención de los problemas de salud.

Este es un punto esencial para el avance hacia un sistema de salud acorde a los requerimientos de la sociedad actual, teniendo en cuenta que constituye una verdadera barrera la viciada práctica autoritaria que ha permeado todos las instancias del sector salud, lo que en gran medida ha impedido el desarrollo del mismo sector.

CAPITULO V

HACIA LA CONFIGURACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD EN EL PARAGUAY

Se recuperan en esta parte los elementos que fueron discutidos por los distintos actores sociales, teniendo en cuenta que recogen los elementos constitutivos de una política de salud. Sin embargo dicha Política se encuentra en proceso de remodelación en el contexto de la transición, por lo que todavía no finaliza ni la discusión y menos la respectiva definición.

Como elementos constitutivos de la Política de Salud en este trabajo se incluyen a las líneas de acción que se trazan para abordar los problemas de salud; la concepción de salud subyacente; las modalidades de intervención que se definen; el marco regulatorio del conjunto de actividades del sector; las prioridades establecidas; la asignación de recursos y los mecanismos utilizados para la toma de decisiones respecto a cada una de las cuestiones señaladas.

Se trata sin duda de los principales ejes alrededor de los cuales se construye una visión que consolida y genera determinadas prácticas en salud y que en definitiva expresa intereses de los diferentes grupos representados en la sociedad, que en virtud del poder que poseen, prevalecerán o no sobre otras propuestas.

Se parte de la ubicación de la política de salud dentro de las políticas sociales, y en esa perspectiva importante considerar que el gobierno de Paraguay se ha comprometido con el fomento de la economía social de mercado, donde es fundamental el papel del sector privado y de las inversiones privadas, tanto nacionales como extranjeras⁴⁹.

Uno de los pilares que articula las propuestas para su conversión en Políticas de Salud, la procesa el Ministerio de Salud como institución directamente dependiente del poder ejecutivo, y responsable de la salud de los paraguayos.

Para tales efectos, el primer paso que efectúa el Ministerio es la reactivación del Consejo Nacional de Salud en 1989, con el propósito de generar nuevos espacios de participación de los diferentes agentes que intervienen en el sector; gremios de la salud; universidades y centros de formación en ciencias de la salud; organizaciones comunitarias; organismos de cooperación externa⁵⁰.

⁴⁹ Informe de revisión de programas y desarrollo de estrategias, Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York 1993 Pág.10.

⁵⁰ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La acción política estatal en el sector de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, 1993. págs 17.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) pasa a constituirse en un Organismo Sectorial para la concertación; coordinación y desarrollo de acciones de interés común en el campo de la promoción, prevención y recuperación en salud, aunque esencialmente es la instancia donde se procesa la política nacional de salud⁵¹.

52 El Consejo Nacional de Salud, se integra de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Ministerio de Agricultura y Ganadería; Ministerio de Educación y Culto; Ministerio de Justicia y Trabajo; Ministerio de Industria y Comercio; Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República; Universidad Nacional de Asunción; Universidad Católica; Facultad de Ciencias Médicas; Facultad de Ciencias Químicas; Facultad de Odontología; de Veterinarias; de Agronomía; Andrés Barbero; Instituto de Investigación en Ciencias de la Salud; Instituto de Ciencias Básicas; Instituto de Previsión Social; Instituto de Ciencia y Tecnología; Instituto de Desarrollo Municipal; Instituto paraguayo de Ciencias Sociales; Municipalidad de la Capital; Servicio Nacional de Salud Animal (SENACSA); Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA); Sanidad Militar; Sanidad Policial; Corporación de Obras Sanitarias (CORPOSANA); DIBEN. Entre las organizaciones privadas se encuentran; Cruz Roja Paraguaya; Círculo Paraguayo de Médicos; Asociación Médica Paraguaya; Círculo de Odontólogos del Paraguay; Asociación Paraguaya de Enfermeras; Asociación de Asistentes Sociales del Paraguay; Instituto Paraguayo de Estudios Sociales; Asociación de Sanatorios y Hospitales Privados; Sociedad Paraguaya de Psiquiatría; Sociedad Paraguaya de Pediatría; Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia; Organización Paraguaya de Cooperación Internacional (OPACI); Fundación Moisés Bertoni; Comunicación Social y Planeamiento (COPLAN); CONEB; FEPRINCO; UIP; ALTER VIDA; ACADEI y otras organizaciones Comunitarias.

Las organizaciones de Cooperación Externa; Organización Mundial de la Salud (OMS); Organización Panamericana de la Salud; UNICEF; JICA; Banco Mundial; Banco Interamericano de Desarrollo; Fundación Hanns Seidel; Agencia Española de Cooperación Internacional; AID; Servicio de Emergencia Malta; Fundación Kellogg (Op.Cit págs.22:23).

53 Es trascendente señalar que la presidencia y los miembros del Consejo Nacional de Salud, así como de los organismos regionales y de coordinación técnica no reciben remuneración,

Para el logro de este propósito implementa la estrategia de la **Apertura Institucional**, lo que le permite involucrar a nuevos actores en el tratamiento de los aspectos vinculados a la salud; así como la **concertación sectorial** y la **participación comunitaria**.

En primera instancia el Consejo se abocó a la tarea de realizar un estudio de la situación de salud del país, a partir de la cual elaboró la Política Nacional de Salud (1990); así mismo procedió a la aprobación del Plan Nacional de Salud 1991-1993, primer documento programático de alcance sectorial (1991).

También se encargó de elaborar la Propuesta Sectorial para la Nueva Constitución Nacional y su presentación a la Convención Nacional Constituyente (1992); la realización de diversos emprendimientos sectoriales por intermedio de los Comités Regionales, Consejos Regionales e instituciones y organismos de Cooperación en Salud⁵².

Partiendo de la consideración del diagnóstico situacional en salud y los propósitos de la nueva administración sanitaria, formula los siguientes lineamientos doctrinarios y programáticos como Política Nacional de Salud: "Definir la Política Nacional dentro de los principios de la justicia social, de los derechos humanos y de la concepción ecológica de la salud, como enunciado dinámico para el desarrollo de la atención sanitaria integral, en forma oportuna, equitativa y eficiente a toda la población".

Es decir en términos de declaración de principios, atribuye a la salud una dimensión integral y a la política le otorga un carácter democrático, así mismo recupera la necesidad de eficiencia, equidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población.

Otro de los lineamientos propone "elevar la calidad de vida de la población, aumentando su accesibilidad a servicios de salud tanto preventivos como curativos, priorizando a la población desprotegida".

Existe una preocupación por ampliar la atención preventiva y curativa, con prioridad a los grupos carenciados, apareciendo como un mecanismo para el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

ni dieta alguna por este trabajo (Consejo Nacional de Salud, 1991;57) .

⁵²
(MSP y BS; 17-18) .

Seguidamente sostiene la necesidad de "promover la extensión de la cobertura integral de la atención sanitaria al total de la población, mediante la concertación y coordinación de esfuerzos, recursos y acciones de las instituciones públicas y privadas del sector; la aplicación de la estrategia de la atención primaria en salud y la participación comunitaria".

Nuevamente aparece la preocupación por ampliar la cobertura de la atención sanitaria, mediante dos mecanismos. En primer lugar recurre a la concertación y coordinación entre las instituciones tanto públicas como privadas, y se apoya en las estrategias de atención primaria y la participación comunitaria.

Otro punto que incorpora la Política de Salud pretende "formular e implementar un programa nacional de acciones sociales tendientes al mejoramiento de la calidad de vida, con la participación de todos los organismos públicos y privados, potenciando la gestión de los beneficiarios"⁵³.

Esta propuesta se halla estrechamente vinculada al punto anterior, dado que llama a concurso a todos los sectores en la atención en este caso de los asuntos sociales, rebasando el aspecto sectorial, pero donde pone énfasis en la autogestión de los beneficiarios.

Los principios acuñados por la Política Nacional de Salud, ponen en evidencia la intención de otorgar un carácter técnico y político al tratamiento de las cuestiones sanitarias, y deja establecido un marco para regir la vida institucional. De modo que existe una renovación en el quehacer del sector, en la medida en que introduce una modalidad sustentada en criterios que superan las medidas puramente improvisadas o regidas por órdenes emanadas del poder ejecutivo.

En otros términos aparece el reconocimiento de que la cuestión sanitaria, rebasa las medidas netamente sectoriales, y que requiere de la atención de otros aspectos como la vivienda, la educación, el empleo, cuya atención adecuada y oportuna es determinante para asegurar la salud individual y colectiva. Con ello incorpora elementos que responden a esquemas amplios de concepción y atención de los problemas de salud de una determinada sociedad.

Sin embargo es cuestionable su consistencia, dado que en el momento de proponer las medidas concretas para su operacionalización, se remite a esquemas que responden a otros criterios conceptuales, indicando la discrepancia entre el discurso y las acciones.

⁵³ Consejo Nacional de Salud. Política Nacional de Salud; Plan nacional de Salud 1991-1993. Asunción 1991).

Por ejemplo se propone elevar la calidad de vida, para lo cual apela a la intervención pública y privada y al auto cuidado. Con esto se puede visualizar que la declaración de la intención corresponde a un enfoque integral de la salud, al pretender elevar la calidad de vida, -condición indispensable para elevar la calidad de salud- pero recurre al autocuidado que no necesariamente puede garantizarla⁵⁴.

Otra de las características que asume la política de salud, es la democratización del lenguaje y la necesidad de proyectar a la población la intención de renovación de la vida institucional y de intervención en salud.

También adquiere relevancia el papel del Consejo, en cuanto da paso a la construcción y consolidación de un espacio común donde concurren las instituciones y organizaciones integrantes del sector con sus respectivas propuestas, que son sometidas a discusiones y acuerdos sobre puntos de interés común, donde cada una es portador de ideas y proyectos diferentes y contrapuestos.

Por tanto uno de los rasgos relevantes de la política de salud de la transición es el inicio de un intento de institucionalización sectorial, que pretende superar la ausencia de una política de salud definida y concertada, que ha sido la constante durante el período de la dictadura militar.

A partir de esta iniciativa se consigue madurar una propuesta encargada de concentrar y en alguna medida consensuar la forma de conducción y de otorgamiento de respuesta a los problemas de salud de la sociedad, a través de la creación del Sistema Nacional de Salud.

CONFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La nueva Constitución Nacional en su art. 69 se ocupa del Sistema Nacional de Salud, donde establece que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y

⁵⁴ El mecanismo del autocuidado puede resultar muy interesante, pero cuando el 60% de la población paraguaya vive en por debajo de la línea de pobreza, equivalente a la carencia de ingreso familiar para satisfacer las necesidades básicas de todos y de cada uno de los miembros que la conforman (Espínola, 1992; 63:64).

privados⁵⁵. Igualmente establece el "sistema obligatorio, integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia, que será establecida por ley".

Esta iniciativa permite la integración de las acciones desplegadas por las distintas instituciones que componen el sector salud y la unificación de ciertos criterios de funcionamiento y puesta en marcha de las acciones que le corresponde a cada entidad desarrollar frente a los problemas de salud.

Su puesta en marcha se encuentra sujeta a su reglamentación actualmente en proceso de tratamiento en el parlamento nacional. De cualquier manera, el establecimiento de dicho marco jurídico sienta las bases indispensables para dar impulso a su desarrollo.

Por tanto se trata de una decisión política, traducida en la búsqueda de la concertación programática sectorial para la participación activa de las instituciones sanitarias, de la comunidad y de los trabajadores de la salud.

La premisa en la que se basa la propuesta, incorpora un marco legal con sus normas y procedimientos que entre otros aspectos considera la necesidad de que todas las instituciones públicas y privadas de la salud compartan conceptos y acciones dentro del sistema nacional de salud respecto a los siguientes elementos:

- definición de responsabilidad asistencial.
- nivel de atención (primaria, secundaria y terciaria)
- población a cubrir
- costos y recursos disponibles.

En efecto se declara al Ministerio de Salud Pública como organismo responsable del sistema y orientador, conductor, normatizador, controlador y supervisor de los programas y servicios en salud. Por tanto, los establecimientos de salud pueden ser gerenciados por las instituciones departamentales, municipales o por organismos de los propios beneficiarios.

Por su parte se considera al Instituto de Previsión Social y a las otras instituciones afines públicas y privadas como estructuras organizativas de la asistencia médica dentro de los principios del seguro médico, cuya forma operativa debe establecerse por ley de la Nación.

Las Municipalidades con los importantes ingresos actuales pueden responsabilizarse del funcionamiento de los Puestos y Centros de salud. Para

⁵⁵ Extraído de la Constitución Nacional, sancionado en junio de 1992, pág. 15.

aquellos municipios de escasos recursos, se podrán contemplar en los presupuestos del Estado, asignaciones complementarias para cubrir los gastos de funcionamiento de dichos servicios⁵⁶.

Para 1989 se creó la Dirección de Beneficencia y Ayuda Social (DIBEN), dependiente de la Presidencia de la República, con sus programas de asistencia, promoción e inversión social dirigida a la población marginada de la acción de las propias políticas públicas (Molinier, 1993:3). Esta medida es el reflejo del carácter que adopta la política social del gobierno de la transición, que recurre a medidas paliativas para contrarrestar los conflictos potenciales que representan los grupos en estado de carencia profunda.

Así, la DIBEN que se maneja con fondos provenientes de las recaudaciones de los juegos de azar y también ha estado manejando los fondos de las Naciones Unidas, para el desarrollo de programas dirigidos especialmente a los niños, mujeres, minusválidos y ancianos. En ese marco ha apoyado el desarrollo de varios programas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, dado que incluso ha tenido mayor capacidad resolutoria que la Subsecretaría de Bienestar Social, mediante los recursos que ha venido administrando. Esto demuestra, que incluso al interior del propio sector público, se conforman nuevas instancias e instituciones para abordar problemas puntuales.

La mezcla de lo público y lo privado, queda abiertamente establecida, incluso dentro de la propia Constitución Nacional, cuando refiere que el Sistema de Salud operará a través de la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado⁵⁷.

Sin duda es el reflejo de un conjunto de búsquedas, de ensayos e iniciativas que tienden a la configuración de nuevos tipos de políticas enmarcadas en modalidades de economía mixta, vale decir, implica una redefinición entre Estado y mercado como expresión de la nueva correlación de fuerzas delineada entre actores socioeconómicos y políticos dentro de cada ámbito, sean locales, nacionales, globales (Vilas, 1996:193).

CARACTERÍSTICAS DE LA REGULACIÓN DEL SECTOR SALUD.

La regulación constituye el paso jurídico, administrativo que adquieren las decisiones en políticas de salud. Por tanto se convierte en el instrumento que

⁵⁶ Extraído de la memoria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 1994. Fotocopia.

⁵⁷ Artículo 69 de la Constitución nacional, sancionado en junio 1992, pág 15.

enmarca el desenvolvimiento sectorial, mediante el establecimiento de alcances y los límites de las acciones a ser desplegadas en torno a la temática sectorial.

La Constitución Nacional sancionada en junio de 1992 en su art. 67 contempla que "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad".

"Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes". "Toda persona estará obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana". Por tanto la Constitución se convierte en el marco general que proporciona las condiciones legales para el establecimiento de las reglamentaciones y las normas que regirán el desarrollo de las acciones del sector.

También existe un Código Sanitario (sancionado en 1980) que regula las funciones del Estado respecto al cuidado de la salud poblacional y los derechos y deberes de las personas en la materia. En sus diferentes partes va estableciendo las especificaciones técnicas y legales que se deben cumplimentar en la implementación de las acciones a ser desplegadas en el campo de la salud. Sin embargo hay que señalar que su cumplimiento y seguimiento se vuelve un tanto dificultoso, debido a que no se encuentran reglamentadas las disposiciones, es decir carece de mecanismos de control respecto de cada uno de los pasos del proceso.

La propia matriz jurídica que regula la dinámica del sector salud, todavía presenta una serie de falencias que dificultan el desarrollo sectorial bajo un criterio técnico. Aunque hayan surgido esfuerzos concretos orientados a construir un nuevo marco para el desarrollo de las acciones dentro del sector, resultan aún insuficientes, dado el complejo estado de abandono en que se encontraba operando a lo largo de su historia.

FINANCIACIÓN SECTORIAL

Este constituye el eje central para el funcionamiento del sector, y se refiere a los recursos disponibles y a las fuentes correspondientes. El Estado lidera el proceso, a través del establecimiento de las reglas del juego, el monitoreo y los mecanismos de control y evaluación de los resultados obtenidos. En efecto el Estado es la principal fuente de financiación de la salud pública en el Paraguay, a través de los mecanismos de tributación estatal y de transferencia de los recursos.

Pero existen varias modalidades de financiación, las que combinan aportes de los trabajadores, el empleador y el Estado (esquema tripartito) en el caso de la Seguridad Social. Cuando la financiación es absorbida enteramente por el usuario del servicio se trata del esquema privado y cuando el Estado asume el costo de los servicios, se trata de un servicio de carácter público-estatal.

Por tanto uno de los elementos relevantes de la financiación, constituye la fuente, dado que en gran medida condiciona el cumplimiento de las metas propuestas y proporciona o impide seguridad y solidez. El presupuesto del sector salud a partir de 1991 cuenta con los ingresos provenientes de las regalías y royalties⁵⁸ de Itaipú, generando en cierta medida incertidumbre para la operación de las acciones programadas⁵⁹. También el esquema de financiación de la Seguridad Social ha experimentado modificaciones, con el establecimiento de aumentos de los aportes tanto de los trabajadores como de los empleadores.

El comportamiento del presupuesto del sector salud, puede aportar algunos elementos explicativos respecto a los recursos con que cuenta el sector para poder efectivizar las propuestas de acción en los distintos niveles.

La asignación presupuestaria de salud en relación al producto interno es sumamente restringida, así en 1992 apenas alcanzó el 1,35%; para 1993 el 1,22%; 1994 se llevó alrededor del 1,18% y para 1995 representó el 1,26% ⁶⁰. Además hay que tomar en cuenta que el PIB para 1991 se reduce al 2,0%, comparado al 3,5% en 1990; el 5,8% en 1989 y 6,2% en 1988 ⁶¹. Mientras en países como Costa Rica en 1991 el presupuesto de salud en relación al PIB se ha colocado en 6,1% (Sojo en Vilas, 1996;112).

Por tanto aparte del escaso y raquítico recurso con que cuenta el sector, registra una disminución respecto al PIB en algunos años, lo cual sumado a la reducción que experimenta el producto interno bruto, revela la escasez de recursos para la realización de sus objetivos y el logro de sus metas.

⁵⁸ Pago efectuado por el consumo de la energía eléctrica en terminos de KW /hora.

⁵⁹ En la mayoría de los casos, Brasil (país consumidor de la energía eléctrica) se atrasa en el pago de su deuda lo cual repercute en el desenvolvo de los fondos por parte del Ministerio de Hacienda (Molinier,51).

⁶⁰ Fuente del Banco Central del Paraguay, gastos generales.

⁶¹ La reducción está ligada al escaso crecimiento económico del sector agrícola, cuyo aporte al PIB representa al arededor del 17%.Informe de revisión de programa y desarrollo de estrategias. Paraguay. Fondo de Naciones Unidas, New York, 1993 pág 4.

MODELO DE ATENCIÓN

La atención médica corresponde al esquema denominado por Menéndez **modelo médico hegemónico**, que comprende un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la llamada medicina científica, que ha logrado subordinar progresivamente a las otras prácticas e ideologías, hasta lograr constituirse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por la ciencia y el Estado. Esta concepción sustenta la ideología y la cultura institucional que asume el personal de salud en los servicios médicos⁶².

Contrariamente, en el país todavía gran parte de la población recurre a las prácticas tradicionales para el cuidado de la salud y para el tratamiento de las enfermedades,- sobre todo en el medio rural donde por lo general constituye la primera medida que emplea la población- ante la carencia de recursos económicos, o debido a la inacción de las instituciones sanitarias de carácter público, así como a la fuerte creencia popular en las prácticas de la medicina tradicional.

A pesar de la gran importancia que asume dicha concepción y práctica, se encuentra subordinada por lo que ni siquiera es tomada en cuenta para trazar o delinear las acciones en torno a la salud poblacional.

PRIORIDADES

Ante las elevadas tasas de mortalidad y morbilidad infantil que presenta Paraguay, y teniendo en cuenta que son a su vez los grupos más vulnerables a las carencias existentes en los ámbitos de la prevención y la asistencia así como en el de bienestar. Por tales razones, dentro de la transición se ha declarado como prioridad nacional, la protección de la salud de la madre, el niño y el adolescente y para su atención se ubican dentro de las dos esferas; de la salud y la de bienestar.

El campo de la Salud

- Materno infantil y nutrición.
- Control de enfermedades prevenibles por vacunas
- Control de enfermedades transmisibles y zoonosis
- Saneamiento ambiental

⁶² Brito Pedro, El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. Revista Educación Médica, Salud. Vol. 27 No. 1. Buenos Aires 1993

- Fortalecimiento de los servicios de salud
- Coordinación interinstitucional.

-La nutrición es considerada como prioridad de la política de salud, partiendo del reconocimiento de que su atención oportuna y adecuada constituye la base de la salud. Desde todo punto de vista se reconoce que la nutrición es uno de los determinantes para la ausencia o presencia de la salud en cualquier grupo etáreo; sin embargo la población infantil es aún mucho más dependiente de una buena nutrición, dado que determina su crecimiento y desarrollo y en consecuencia la aparición de procesos de salud-enfermedad.

-El control de las enfermedades prevenibles por vacunación, constituye otro de los pilares de la preocupación de la Salud Pública, que para su operación cuenta con el apoyo de organismos internacionales. En esa medida tiene un importante peso en la agenda de trabajo de las instituciones sanitarias del país como un componente de los programas de prevención.

-El control de las enfermedades transmisibles y la zoonosis se incorpora dentro de las prioridades que se plantean en el campo de la salud, considerando que tales problemas tienen gran impacto en la salud poblacional.

-Saneamiento ambiental, un eje elemental para obtener condiciones favorables de salud general de una población, también ocupa un lugar prioritario en la propuesta sanitaria.

-Fortalecimiento de los servicios de salud, se instituye como una estrategia prioritaria dentro de las acciones a ser desplegadas en el campo de la salud. Sin embargo será necesaria la revisión de los mecanismos establecidos para el logro de la medida, la cual puede contribuir al mejoramiento de los procesos de salud-enfermedad.

-La Coordinación Interinstitucional, estrategia promovida para corregir las acciones aisladas que favorece la práctica corrupta así como la duplicación de esfuerzos que ocasiona una serie de problemas de ineficiencia, mala calidad e ineficacia en la prestación de los servicios a la población.

En Bienestar Social

Se declaran como acciones prioritarias:

- Participación comunitaria en el sistema de servicios de salud.
- La atención a los sectores marginales, asentamientos indígenas.

Se declara que la propuesta de Bienestar Social es la de consensuar criterios y métodos de trabajo que genere procesos de participación de la población en la gestión de su salud y bienestar, así como el control de los daños al medio ambiente.

Se pretende, por otro lado superar la marcada estratificación jerárquica del ministerio, que ha impedido el abordaje adecuado de los diferentes programas, ocasionando desgaste, duplicaciones de esfuerzos e ineficiencia que en definitiva se refleja en los indicadores de salud. Las medidas que se promueven desde la instancia de Bienestar Social, responden al esquema de tipo promocional, preventivo, aunque esencialmente reporta un carácter paliativo y de beneficencia.

ESTRATEGIAS SANITARIAS

1. La Participación Comunitaria

Es una estrategia de contenido político, social y en cierto modo también está presente lo económico. Adquiere gran importancia esta forma de abordaje de la gestión en salud, cuando se desarrolla dentro de un proceso que tiene en cuenta las inquietudes y necesidades que padece la propia población a través de su activa participación en la toma de decisiones que conciernen a su problemática.

En el caso particular de la población paraguaya esta tarea, requiere un permanente esfuerzo, partiendo del reconocimiento de que no existe prácticamente ninguna experiencia institucional de participación en términos democráticos, que incluya la toma de decisiones en torno a las medidas que consideren más adecuadas para enfrentar determinada situación.

Dentro de la política de salud, se apela insistentemente a la participación comunitaria, por razones de eficiencia gerencial y con un enfoque eminentemente operativo, que tropieza frecuentemente con las iniciativas de la población para alcanzar la capacidad de decisión en el diseño de los programas. Existe en ese sentido una tensión entre lo que la participación aporta en términos de reducción de costos, y lo que significa en términos de democratización y posibilidades de autonomía social.

Se registran así mismo desfases entre la ampliación de la participación auspiciada por los proyectos y la contracción de los recursos canalizados por esos mismos proyectos. Sin duda la participación comunitaria esencialmente apunta a un impacto ante todo local y puntual, donde el involucramiento comunitario además de reducir costos, representa mejoras en la ejecución de los proyectos y su impacto.

En cambio, es limitada su capacidad para modificar el diseño de los programas más amplios en los que los proyectos se insertan, más aún existen dimensiones de la política social que por sus propias características rebasan la eficacia participativa local.

En general, la participación comunitaria conduce a un rediseño global de las nociones tradicionales de tiempo privado y de tiempo público sobre las cuales se edificaba la vida del grupo, y a un fortalecimiento organizativo y del sentido de eficacia de la gente.

Por ello el involucramiento de la población en la gestión de los proyectos y con mayor razón cuando interviene en su diseño, constituye un ejercicio de organización y de participación y también permite acceder a través de ellos a recursos financieros y materiales; contribuye en la adquisición de destrezas y habilidades nuevas; acceder a información; desarrollar o fortalecer liderazgos; ampliar la experiencia y los referentes; desarrollar sentido de eficacia política; entrenar a la gente en la práctica de la negociación institucional (Vilas, 1996:197).

La Descentralización

Este ha sido uno de los temas que ha abierto una serie de discusiones en el seno de las distintas esferas de poder. Tal es así que durante la Convención Nacional Constituyente ha generado mucha polémica, dado que confiere un carácter diferente al poder ejercido desde las instancias constituidas tradicionalmente en la sociedad.

Pero se ha dado el paso necesario para dejar establecida la descentralización como una manera de encarar las acciones de salud dentro del territorio nacional. En efecto se crean las gobernaciones departamentales, siendo la instancia desde donde se ejerce y se cristaliza este nuevo enfoque de la gestión pública. Y en el caso de la salud se propone canalizarla a través de las 15 Regiones sanitarias ⁶³.

Con este enfoque se pretende introducir un cambio con la vieja cultura centralista que ha predominado en la gestión de las instituciones estatales. De hecho las decisiones y los mecanismos de implementación de cualquier tipo de proyecto ha sido efectuado en las instancias de los órganos centrales con que cuenta el Estado,

⁶³ _Informe de revisión de programas y desarrollo de estrategias, Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas. New York 1993 Pág. 36.

sin dejar un margen para la toma de decisiones a las instancias que finalmente son las que cristalizan cualquier plan, proyecto o programa.

Bajo el argumento de que a nivel local se pueden resolver con mayor acierto los problemas, se atribuyen responsabilidades a las instancias locales, dentro de una perspectiva de proceso que en una primera etapa contempla la desconcentración de las acciones de las distintas entidades del nivel central y del inicio de un sistema de presupuestación de las entidades incorporando la variable espacial - departamental- para todos los programas y proyectos que tendrán un impacto departamental⁶⁴.

A nivel sectorial, no se puede hablar de una descentralización efectiva, pero el Ministerio ha establecido un sistema regionalizado de servicios y ha delegado a los jefes regionales algunas decisiones operativas. Aunque la ejecución del Plan Nacional de Salud, con la supervisión de las secretarías de salud de las gobernaciones, representa un paso importante y concreto hacia la descentralización⁶⁵.

La Atención primaria de la Salud

No existe una diferencia fundamental entre el diseño actual y el esquema de la era stonista, incluso se plantea el mismo objetivo prioritario. Pero la diferencia se encuentra más bien en cuales son los intereses sociales que actúan como referente para la construcción del concepto y para su legitimación institucional a través de la formulación de políticas y la asignación de recursos (Ibidem:199).

La atención primaria de la salud ya propuesta en el Conferencia de Alma Ata 1978, incluye un conjunto de acciones tendientes a mejorar las condiciones de salud de una determinada comunidad.

Esta estrategia tiene un importante componente preventivo, pero en el uso actual se resume a medidas puntuales, que no pasan de ser las vacunaciones, charlas educativas, campañas de desparasitación y otras de carácter sanitario, siendo apenas unos de los aspectos que integra la atención primaria de la salud.

Efectivamente como señala Vilas, la concepción original de las estrategias y medidas dentro de la nueva corriente de las políticas sociales es desvirtuada cuando su aplicación se encuentra supeditada a la estrechez de recursos, teniendo

⁶⁴ 17 Secretaría Técnica de Planificación. Rodríguez, Ceferino. "Hacia la descentralización departamental del Paraguay. Asunción 1993 Págs 2-8.

⁶⁵ 18 Análisis del mes, febrero 1995

en cuenta que a través de ella se persigue en definitiva la obtención de ahorro, como se aplican estrategias como la atención primaria de la salud.

Sin embargo, una de las líneas de intervención del Banco Mundial junto con el Banco Interamericano de Desarrollo se sustenta en dicha estrategia para apoyar los programas en salud.

Coordinación Interinstitucional

Otra de las estrategias fuertemente impulsadas en el sector es la coordinación interinstitucional, a través de la cual se busca establecer los acuerdos entre todas las organizaciones e instituciones que realizan alguna tarea relacionada con el quehacer sanitario.

Esta medida por tanto es la punta de lanza que emplea el Ministerio para incorporar nuevos actores dentro del quehacer sanitario, y a la vez para aglutinar los esfuerzos del sector, que se ha caracterizado por la ausencia de integración en el terreno de la salud poblacional y ambiental y como mecanismo de renovación de las prácticas aisladas y las duplicaciones estériles que restan efectividad a las acciones.

Así mismo fortalece al intercambio de información y de conocimientos que van enriqueciendo las experiencias, y en consecuencia contribuye para un mejor desenvolvimiento.

También se puede señalar que la coordinación, es un paso que crea las condiciones propicias para la conformación del Sistema Nacional de Salud, una de las grandes pretensiones de la Salud Pública en el país, mediante la cual interactúan de manera variada las distintas instituciones en base a los criterios establecidos para el logro de los objetivos en el sector.

LA SEGURIDAD SOCIAL

La nueva Constitución Nacional en el artículo 95 se ocupa de la Seguridad Social sosteniendo su carácter "obligatorio e integral para el trabajador y su familia". Enuncia que se "promoverá su extensión a todos los sectores de la población".

Incorpora la pluralidad de ofertas de los servicios del sistema de seguridad social, los cuales podrán ser públicos, privados o mixtos, donde el Estado ejercerá el papel de supervisión.

Por otra parte restringe el uso de los recursos financieros a los fines específicos de los seguros sociales, y admite las inversiones lucrativas que generen beneficios en favor de su patrimonio⁶⁶.

Respecto a las inversiones financieras, establece que deben ser realizadas en mejores condiciones de seguridad, garantía y rendimiento, y no debe ser inferior al de las tasa pasivas de interés vigentes en el sistema bancario y estarán preferentemente orientadas al apoyo del sector productivo.

Entre las funciones que le corresponde desarrollar se han incorporado algunas modificaciones, tales como las relacionadas con los recursos. Así las cotizaciones quedan establecidas de la siguiente manera: la cotización mensual de los trabajadores pasa del 7% al 9% sobre el salario; la cuota de los empleadores pasa del 12% al 14% y el aporte del Estado se mantiene en 1,5% calculado sobre el monto de los salarios sobre los cuales imponen los empleadores. Sin embargo como ya se dijo antes, el aporte estatal no tuvo lugar hasta la fecha, pese a figurar el Instituto dentro del presupuesto general de gastos de la nación, obligando a manejarse con recursos propios.

En otro aspecto crea fondos específicos para cada rubro de actividades que despliega la institución, así establece un fondo común de jubilaciones y pensiones, donde el Instituto destinará cada año para el pago una cantidad igual al 12.5% calculado sobre el monto de los salarios imponibles, en base al cual fueron pagadas las respectivas cuotas (Candia, 1995:43-47).

Estos constituyen los principales cambios que ha incorporado el sistema de seguridad social, a través de una de las instituciones más representativa, el Instituto de Previsión Social.

Sin duda dentro del período de transición ha sido uno de los temas que ha generado mayor polémica, así el régimen de jubilación y pensión apetecido por los medios privados es continuamente promovida su privatización, por la élite empresarial y política nacional bajo el ropaje de la desmonopolización

El interés en la privatización del sistema de pensiones y jubilaciones se debe esencialmente al gran capital que maneja, dado que representa alrededor del 40% del circulante monetario existente en el país⁶⁷ y además hay una relación de 9 jubilados por cada 100 cotizantes, que lo vuelve especialmente atractivo y altamente rentable para el sector privado⁶⁸.

⁶⁶ Constitución Nacional, sancionada en junio de 1992. Pág. 20

⁶⁷ Según declaraciones de uno de los Consejeros de la Entidad, Análisis del mes, junio 1995 Año X No.116 pág. 21

⁶⁸ Análisis del mes, agosto 1994 Año IX No.106 pág.16

Sin embargo los preceptos constitucionales a pesar de introducir la participación mixta, al referirse a la integralidad de la atención deja establecido uno de los principios que rige su existencia. Se puede considerar que constituye uno de los límites que enfrenta el avance y la cristalización de la privatización de los respectivos rubros; la jubilación y la pensión.

LA PRESENCIA PRIVADA EN SALUD

La nueva modalidad de participación de todos los sectores de la sociedad en la provisión de los servicios como las gobernaciones, municipios, universidades, medicina prepaga se basan en argumentos que persiguen la obtención de una cobertura global y compartir iniciativas y recursos tendientes a mejorar la prevención, curación y recuperación⁶⁹.

Sin embargo, el proceso de privatización en el país, comparado al de otros países, se ha retrasado, debido en gran medida al juego de las fuerzas emergentes del poder político, que se han apoyado en las empresas estatales para obtener ventajas políticas y económicas⁷⁰.

Pero se prefigura, o mejor se impulsa una redefinición entre Estado y mercado que expresa una nueva correlación de fuerzas configurada entre actores socioeconómicos y políticos (Vilas, 1996:193). Dicha redefinición tiene más contenido político que técnico y obedece tanto a procesos objetivos como a los sesgos que les introducen las estrategias y las decisiones de los actores.

La redefinición de las políticas proyecta sobre este terreno una pluralidad de asociaciones, grupos, organizaciones de carácter comunal, barrial que ha ampliado el arco tradicional de actores, anteriormente reducido a sindicatos, a las entidades gubernamentales. Esta modalidad de participación, implica una transferencia de responsabilidades sobre dichos grupos o poblaciones en la resolución de sus problemas.

EL PAPEL DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

El Banco Mundial se ha convertido en la mayor fuente de financiación internacional del sector salud en los países en desarrollo y también ha asumido el liderazgo en

⁶⁹ Análisis del mes, abril 1995, Año X No.114 pág 24.

⁷⁰ Anuarios, diciembre 1994 Año VIII pág 2.

el análisis del sector salud y la provisión de directrices políticas del sector salud (Bloom, 1994:300).

En ese sentido también durante la transición ha aparecido en el escenario nacional, a través de algunos proyectos convenidos con el gobierno, mediante la firma de acuerdos entre el Ministerio, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo⁷¹.

En efecto dichos organismos internacionales apoyan financieramente programas de atención primaria de la salud, con énfasis en el grupo materno-infantil, en la búsqueda de ampliar la cobertura e impulsar la descentralización de los servicios de salud ⁷².

Bajo estas perspectivas operan los entes financieros, que sin lugar a dudas introducen las mismas líneas de acción que vienen impulsando en el resto de los países, es decir promueven medidas de carácter restrictivo de los recursos, pero con grandes externalidades positivas (BM, 1993:119). Sin embargo el gobierno paraguayo recibe con buena acogida, ante la carencia de programas diseñados bajo criterios técnicos que pueda representar un impacto a corto plazo sobre la salud de tales grupos etéreos, que además son considerados como los prioritarios. Es más, en el país prácticamente son los únicos que realizan estudios e investigaciones acerca de los temas sanitarios (aquí también cabe la Organización Panamericana de la Salud OPS).

Respecto a las distintas medidas que se van delineando para el establecimiento de una política de salud, necesariamente se encuentran bajo la influencia de las directrices que proponen, constituyendo de hecho una condicionante para la provisión de apoyos.

El propio Informe del Banco Mundial sobre Desarrollo Mundial 1993 en la sección denominada "Invertir en salud", plantea que el otorgamiento de préstamos y ayuda internacionales debe condicionarse a la aceptación de las reformas bancomundialistas por parte de los gobiernos receptores (Laurell, 1994:8).

Por tanto en el sector no deja de tener importancia la incorporación de concepciones y visiones que se inspiran en las recetas y retóricas de agencias financieras internacionales, que van incidiendo en la definición de las políticas.

⁷¹ 19 Análisis del mes, diciembre 1995 Año X No.122 pág 24.

⁷² 20 Análisis del mes, anuario 1995, pág 20.

CAPITULO VI

LA GESTIÓN DE LAS INSTITUCIONES ESTATALES EN LA TRANSICIÓN

Este capítulo se propone explorar la forma en que operan las principales instituciones sanitarias del sector estatal durante el período de transición.

Si bien en este contexto apenas se perfilan las principales modificaciones sobre las instituciones estatales, sin embargo ya se han aplicado algunos cambios vinculados a los aspectos administrativos y operativos que de acuerdo a cada institución va adoptando una dinámica propia, lo cual indica que el proceso de cambio no es homogéneo, ni tampoco es asimilado e instrumentado con la misma intensidad.

Los ejes que estructuran esta parte, tratan sobre las distintas instituciones que se desempeñan en la esfera estatal tales como el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Universidad Nacional de Asunción; Sanidad Militar; Sanidad Policial y el Instituto de Previsión Social. Entre los elementos que se toman en cuenta incluyen: los cambios administrativos, las líneas de acción, la reglamentación, la financiación, y el aspecto operativo. Se selecciona el conjunto de elementos que explicitan las características de la gestión institucional y a la vez porque reflejan el grado de asimilación de las propuestas y al mismo tiempo da cuenta de la aplicación de las políticas configuradas en el contexto de estudio.

El desarrollo de este capítulo tropieza con las serias limitaciones derivadas de la escasa disponibilidad de los datos; ausencia de actualización y continuidad de los existentes; pero fundamentalmente se debe a que los cambios se encuentran en pleno proceso, resultando aún difíciles de ser valorados y en consecuencia prácticamente no se cuentan con trabajos que los sistematicen .

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

Sigue siendo la principal institución responsable de la atención, promoción, protección y recuperación de la salud pública en el país y se caracteriza por la persistencia de fuertes resistencias al cambio, debido al profundo arraigado de prácticas autoritarias y burocráticas que la caracterizó a lo largo de su historia. Pero en la actualidad se ve afectada y cuestionada por los distintos actores sociales respecto a la función que le toca desempeñar .

Dicha situación genera un clima de tensión al interior de la institución debido a las constantes pugnas entre los grupos que intentan replantear las visiones y prácticas

con aquellas fracciones que sistemáticamente luchan por mantener el estado de cosas por encontrarse acostumbradas al goce de privilegios⁷³.

Los intentos de renovación de la administración institucional se han apoyado en los cambios permanentes de sus funcionarios, respaldados en dos criterios; en algunos casos ha prevalecido el criterio de capacidad e idoneidad para el cargo; y regularmente ha prevalecido el interés político partidario como punto de apoyo para la mantención de la hegemonía del grupo en el poder⁷⁴.

En ese proceso de tránsito hacia el cambio, se ubica el nombramiento de una mujer para ocupar el cargo de Ministro, hecho que por primera vez registra la historia de la institución⁷⁵. La conducción de la ministra María Cynthia Prieto Conti, se caracterizó por el predominio de un criterio de institucionalización en el despliegue de las acciones dentro de las entidades de la salud pública.

Sin embargo se ve interferida por la constante presión política que utiliza la instancia para canalizar intereses partidarios, generando constantes destituciones de los funcionarios⁷⁶. Dicha situación repercute fundamentalmente en la continuidad de los distintos programas y proyectos iniciados por la administración de un determinado funcionario.

Pero en la mayoría de los casos, está presente la preocupación por aumentar los recursos del ministerio, que los conduce a la adopción de nuevos mecanismos como la presión a la Comisión de presupuesto del parlamento nacional, exigiendo mayor asignación presupuestaria.

Otra característica que adoptan las distintas administraciones del Ministerio se relaciona con el inicio de un proceso de apertura institucional, que abre paso al

⁷³Análisis del mes, mayo 1993 Año VIII No.91 pág.27

⁷⁴ Por ejemplo han surgido sindicatos de trabajadores que se han propuesto desarrollar tareas con miras al mejoramiento de sus condiciones laborales, enfrentando persecuciones, y en otros casos traslados de sus puestos de trabajo (Análisis del mes, junio 1994, Año IX No. 104 pág 28). También las destituciones de funcionarios por razones políticas se ha convertido en una práctica cotidiana en el Ministerio (Análisis del mes, agosto 1994 Año IX No. 106 Pág 26

⁷⁵ Fue nombrada en noviembre de 1989, Análisis del mes, Anuario diciembre 1989 pág 32.

⁷⁶ Análisis del mes, junio 1994, Año IX No.104 Pág 28)

establecimiento de mecanismos de coordinación con otras instituciones, como una nueva modalidad de encarar la salud pública.

En términos organizativos también se emprendieron algunas acciones; por ejemplo, una de las primeras medidas del ministro inmediatamente después del golpe (Dr. Juan Manuel Cano Melgarejo) consistió en la reorganización de los departamentos de la institución y la creación de la Subsecretaría del Ministerio de salud, de la que dependen 6 departamentos: Dirección de Atención a las personas, Dirección de Atención al Medio ambiente, Planificación y evaluación, Administración y el nuevo departamento de Regiones Sanitarias⁷⁷.

En la misma línea se ubica el establecimiento del Gabinete Técnico como área de apoyo interdisciplinario para la conducción superior, planificación, normatización, evaluación y orientación técnica de los programas y servicios (MSP y BS, 1993:63) que en gran medida sustenta y vitaliza el proceso de institucionalización.

Como el común denominador en la administración del Ministerio, aparece la renovación del discurso, que deja ver la intención de efectuar mejoras en la salud pública y a la vez evidencia la necesidad de proyectar un manejo donde prevalezca el carácter técnico y político en el despliegue de las acciones. Por ejemplo, tanto en las declaraciones que realizan las autoridades, como en los programas que elaboran, regularmente están presentes elementos vinculados a la ampliación de la cobertura y la mejora de los servicios sanitarios, que recogen elementos políticos y a la vez técnicos.

En lo que respecta a los servicios de salud, a partir de 1992 las regiones sanitarias fueron equiparadas a la división política de la región oriental (14 departamentos y 1 región sanitaria correspondiente a la capital) y una sola región sanitaria ubicada en el chaco paraguayo, quedando conformadas 16 regiones sanitarias, manteniendo de esa manera un alcance nacional con la organización en 4 niveles de atención (Molinier, 1993:32).

Los cambios impulsados si bien son de carácter organizativo, implican una recomposición de los grupos responsables de la dirección y la conducción; así mismo significan una renovación de prácticas en la medida en que se rearticulan los programas y las acciones dirigidas a la población.

El conjunto de los elementos incorporados expresan en gran medida los objetivos trazados por el Ministerio como son la modernización, la funcionalidad, mayor participación, eficiencia en la capacidad de gestión, la racionalización; y la descentralización. También responden a las líneas de acción diseñadas como la

⁷⁷ Análisis del mes, febrero 1989, Año IV No. 39, págs 16:17)

reorganización ministerial y el desarrollo del marco legal, administrativo y programático⁷⁸.

Destacan particularmente estos objetivos dado que recogen los elementos centrales de la tendencia adoptada por la política de salud en el país y que afectan en forma directa a las entidades estatales.

Bajo la propuesta de la modernización se pretende invariablemente restringir la participación del Estado en la resolución de los problemas de carácter social como es la salud. Pero en el caso particular del Ministerio esta etapa incluye esencialmente la "actualización o regularización" del quehacer sectorial a través del establecimiento de un nuevo marco organizativo y operativo y la redefinición de la función en el sector. Los mecanismos que utiliza para tales fines incluyen: el mejoramiento del sistema contable y administrativo; la reorganización de las unidades de información bioestadística y de recursos y la formulación de un sistema computarizado de datos (MSP BS, 1993;:67).

También persigue la eficiencia en la gestión, que adquiere relevancia en la medida que responde al esquema de la política de salud impulsado, cuya finalidad central es la búsqueda de la racionalización, que no es otra cosa que la disminución de los recursos y la obtención del mayor beneficio o resultado posible.

A partir de tales criterios el Ministerio impulsa servicios de carácter preventivo con elevadas externalidades positivas como la vacunación y la iodización de la sal, con los cuales consigue aplacar los problemas puntuales, pero resultan insuficientes para responder a las demandas de la población, principalmente de los sectores más carenciados.

Por tanto, las propias medidas puntuales ponen a prueba la capacidad resolutive de los servicios ofrecidos, dado que requieren de medidas complementarias para asegurar la eficiencia. Por ejemplo, una campaña de iodización si no es acompañada con la normatización de la producción, venta y consumo de la sal, así como si no es apoyada con el mejoramiento de las condiciones de alimentación, vivienda y servicios de agua potable entre otros, escasamente tendrá impacto sobre la salud de la población.

Pero la eficiencia como tal, resulta atractiva porque apunta a un mejoramiento en la prestación de los servicios y hacia el uso más adecuado de los recursos disponibles, lo cual es completamente legítimo y necesario. Además, en el caso de una administración como la del ministerio, viciada de prácticas corruptas y marcada por una gestión ineficiente, aparece técnicamente justificada.

⁷⁸ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay: realidades y perspectivas en la Salud. Asunción 1992, pág 26.

Por tanto la eficiencia es una de las características que van adoptando las medidas impulsadas dentro del nuevo esquema de intervención, que bajo ciertos criterios técnicos van trazando soluciones que los hacen socialmente aceptables.

La **descentralización en salud**, surge en el marco de la nueva concepción política y administrativa del Estado, la cual es concebida como un proceso, que en una primera etapa comprende la desconcentración efectiva de las acciones de las distintas entidades del nivel central, a través de un sistema de delegación de responsabilidades a nivel departamental y del inicio de un sistema de presupuestación de las entidades (Rodríguez, 1993:2:8).

Una de las razones que da impulso al proceso de descentralización en Salud, responde a la necesidad de corregir la marcada centralización en que ha permanecido el Ministerio, habiendo ocasionado disparidades en la oportunidad de participación de los niveles locales en las tareas de planificación y toma de decisiones.

Teniendo en cuenta que se trata de un proceso, apenas se van ensayando algunas medidas tendientes a su consolidación. Con esa finalidad se han creado los gobiernos departamentales (1992) que se convierten en los referentes locales y que se relacionan a nivel central, en este caso con el Ministerio a través de un representante del Consejo Departamental.

También se han impulsado ciertos mecanismos de apoyo a nivel de las instituciones municipales, por ejemplo con algunas municipalidades se han establecido canales de información y coordinación de tareas, particularmente con aquellas influenciadas por el Gran Hospital Nacional⁷⁹ las cuales han sido convocadas por el Ministerio de Salud⁸⁰.

⁷⁹ El gran Hospital Nacional es la institución de alta especialización, posee unas 1600 camas en existencia (Análisis del mes, enero 1993, Año VII No.86 Pág 25), pero apenas están habilitadas unas 570 camas, que operan insuficientemente a falta de fondos, lo que se traduce a su vez a la escasa y deficiente equipo de médicos y paramédicos para la atención de los pacientes (Análisis del mes, marzo 1990. Año pág 23). A esto se agrega la ola de corrupción que incluyen desde desviación de gastos de operación, desaparición de instrumentales médicos, elevado nivel de ausentismo de los profesionales (Análisis del mes, marzo 1994 Año IX No. 102). Sin embargo los servicios de salud se resienten como consecuencia de la falta de rubros para el mantenimiento de equipos e instrumentales y se recurre a la donación de la DIBEN para reemplazar, mantener o adquirir equipos -como

En el campo de los servicios ha iniciado algunos pasos, como el establecimiento de un sistema regionalizado de servicios y la delegación de algunas decisiones operativas a los respectivos jefes regionales⁸¹.

La transferencia de acciones a nivel operativo incluyen, programación local, formulación y ejecución del presupuesto, selección y propuesta de nombramiento de personal, adquisición de suministros, manejo del sistema de información, elaboración y ajuste del plan de actividades, constitución de Sistemas Locales de Salud (SILOS), capacitación del personal, supervisión y evaluación de las unidades operativas y representación institucional a nivel regional (MPB y BS, 1993:76).

Igualmente ha incorporado un mecanismo de incentivo al personal médico trasladado a las ciudades del interior y mayor apoyo en términos administrativos y técnicos a las distintas regiones sanitarias⁸². Otra de las líneas de acción vigorizada es el establecimiento de convenios de cooperación externa; por ejemplo, ha firmado un convenio con la Cooperación Técnica del Japón en busca del fortalecimiento de la atención primaria de salud en comunidades rurales de Caazapá promovido como proyecto piloto.

También ha renovado el acuerdo de apoyo con el gobierno de los Estados Unidos a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) en el despliegue de asistencia técnica para la reorganización y estructuración del Ministerio. Incluye a la vez la donación de fondos (unos 1.500.000 dólares) para la realización de un programa de salud tendiente a difundir un sistema de información sobre el presupuesto en una región modelo; también incluye desarrollar manuales operativos y adiestramiento del personal del Ministerio y apoyar el proceso de descentralización.

Con el Banco Mundial ha establecido un convenio de apoyo para el desarrollo de programas en el área materno infantil en 1995 abarcando 5 regiones sanitarias; Concepción, San Pedro, Ñeembucú, Canindeyú y Alto Paraguay⁸³. Por su parte con el Banco Interamericano de Desarrollo acuerda bajo los mismos términos cubrir los departamentos de Cordillera, Guirá, Paraguari, Central y Caaguazú.

respiradores, equipos de hemodialisis- (Análisis del mes, abril 1994, Año IX No. 103 pág 28).

⁸⁰ Análisis del mes, diciembre 1990, Año VI No.60 Pág 31.

⁸¹ Las condiciones de salud de las Américas, 1990; 258.

⁸² Análisis del mes, diciembre 1991 Año VII No.74 Pág. 28.

⁸³ Análisis del mes, noviembre 1994 Año IX No.109 pág. 27

La reglamentación

Comprende una serie de medidas de carácter jurídico administrativo que adopta el Ministerio para regular las acciones internas y también del nivel sectorial.

En primer término se ha abocado a la elaboración del proyecto sobre la nueva Carta Orgánica del Ministerio y la propuesta de creación del Sistema Nacional de Salud, lo cual ha conseguido ser contemplado en la nueva Constitución Nacional.

También se ha ocupado de la reglamentación de varios capítulos del Código Sanitario referentes al control del ejercicio profesional de médicos, odontólogos, enfermeras, ópticos; incluye además la protección de alimentos; control de enfermedades como SIDA, tuberculosis, lepra y otras transmisibles; la normatización de la atención materno infantil; protección de alimentos; saneamiento ambiental; publicidad de bebidas alcohólicas, cigarrillos y drogas, protección radiológica⁸⁴.

Con la formulación de normas didácticas y de procedimientos técnico-administrativos para la selección, admisión y control de personal, y un incremento de las remuneraciones del plantel de personal, en especial de los niveles operativos (Ibidem:69-70), se intenta actualizar la regulación del factor humano, esencial para el cumplimiento de los fines.

Dentro de la misma finalidad a partir de 1992 fue aprobado por resolución ministerial las "normas técnicas y administrativas para la creación y funcionamiento de cursos de formación de auxiliares de enfermería (MSB y BS. Instituto Nacional de Salud. Proyecto de descentralización y regionalización de cursos de formación de auxiliares de enfermería en Paraguay, Asunción 1994 pág. 7).

El campo de la atención materno infantil en 1992 el Ministerio determinó la gratuidad de los servicios al referido grupo etéreo (Molinier, 1993:5).

Mediante una resolución establece la obligatoriedad del control de calidad de productos farmacéuticos⁸⁵, para lo cual anuncia la creación de un laboratorio

⁸⁴ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La acción política estatal en el sector de Salud Pública y Bienestar Social. Dra. Maria Cynthia Prieto Conti. Asunción 1993 págs 66-67.

⁸⁵ Análisis del mes, agosto 1994, Año IX No.106 pág 26.

especializado que funcionará en el Laboratorio Central del Instituto de Medicina Tropical⁸⁶.

La vigilancia epidemiológica también asume nueva dinámica con el establecimiento de nuevas normas de aplicación de sanciones a las instituciones del sector público en casos de incumplimiento de notificación obligatoria de aquellas enfermedades de carácter altamente contagioso⁸⁷.

Financiación

Los recursos con que se ha venido manejando son históricamente⁸⁸ insuficientes y precarios para el despliegue de acciones capaces de ofrecer respuesta a las necesidades que padece la población.

El déficit presupuestario recae fundamentalmente sobre los programas de inversión⁸⁹, afectando el desarrollo de los programas y proyectos de asistencia a los problemas de salud. En general el Ministerio destina alrededor del 70% de su presupuesto para cubrir recursos humanos⁹⁰, que aún así son insuficientes.

La eficacia de muchos programas se ve seriamente afectada por la insuficiencia de fondos disponibles para medicinas y transportes, falta de supervisión y apoyo adecuado de los niveles superiores del servicio sanitario. Gran parte del equipo médico no funciona a falta de provisión y apoyo adecuado de los niveles superiores del servicio sanitario (Bloom, 1994:303-304 en Colclough).

Para ilustrar la disponibilidad de recursos, se presenta el comportamiento del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

⁸⁶Análisis del mes, febrero de 1994 Año IX No.101 pág 26.

⁸⁷Análisis del mes, enero 1994 Año IX No.99 Pág. 26.

⁸⁸ Hay que señalar que durante el gobierno de Stroessner, más de la mitad de los gastos del gobierno eran destinadas a las fuerzas armadas, la policía, y la administración pública; sólo una cuarta parte era destinada a salud y educación (Birck, 1993;41 en Abente).

⁸⁹ Análisis del mes, octubre 1992, Año VII No. 84 Pág 29.

⁹⁰ Análisis del mes, abril 1994 Año IX No.102 pág. 28.

Gasto del Ministerio de Salud en relación al Presupuesto General de Gastos de la Nación en guaraníes corrientes.

AÑOS	PRESUPUESTO EN GS	PORCENTAJE
1989	24.921.000.000	1,4
1990	32.316.075.260	1,3
1991	64.883.195.107	1,9
1992	118.084.772.300	2,7
1993	146.877.239.695	2,9

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Estas cifras indican que se registró cierto incremento en los recursos destinados al Ministerio de Salud; sin embargo, hay que considerar que los datos consignados no toman en cuenta los elevados índices de inflación registrados, por lo que no revelan la situación real. Además de esto, en los hechos apenas el 60 a 70% de estos montos se llegan a ejecutar, pues los mecanismos existentes no permiten la canalización adecuada o la transferencia oportuna de los mismos.

El financiamiento inadecuado es un común denominador en la mayoría de los países, incluso para los servicios esenciales de salud. El personal tiene que trabajar en instalaciones deterioradas, virtualmente sin ningún equipo y con pocos medicamentos. De hecho el financiamiento es insuficiente, teniendo en cuenta que el recurso destinado a salud prácticamente no ha alcanzado a cubrir las necesidades incluso las más básicas de la población (únicamente el 23% de la población recibe atención médica)⁹¹.

Así se van acumulando las dificultades de tipo financiero que afectan el desarrollo de las acciones y la propia dinámica de la institución, pues en definitiva no llega a cubrir con los compromisos que tiene con la población nacional.

Los trabajadores de la salud

Se han realizado algunas acciones en torno a la capacitación de recursos humanos, teniendo en cuenta el déficit heredado en este campo caracterizado por la deficiencia y la falta de capacitación, esencialmente en las áreas de administración de hospitales, especialistas en salud pública, epidemiología, técnicos en estadísticas y en otras áreas de la salud pública.

Dentro de ese marco por resolución No. 41 de agosto de 1994 se crea el Instituto Nacional de Salud, dependiente del Ministerio, de alcance nacional, con la finalidad de promover y desarrollar la formación y actualización de recursos humanos para la

⁹¹ MSP y BS 1992, pág 16

salud, la investigación científica y de mejorar la capacidad operativa de los servicios y la calidad de la atención sanitaria⁹².

Igualmente, se elaboraron nuevos diseños curriculares para las escuelas de enfermería y el régimen de pasantía rural de los médicos recién egresados.

Estos intentos de innovaciones se ha reforzado con la formulación de normas didácticas y de procedimientos técnico-administrativos para la selección, admisión y control de personal, y un incremento de las remuneraciones del plantel de personal, en especial de los niveles operativos (MSP y BS, 1993:69-70).

Durante el periodo 1990-1993, como resultado de los cursos que fueron promovidos en las áreas mencionadas, fueron incorporados en el Ministerio de Salud 93 salubristas, 76 administradores de hospitales, 52 técnicos en estadísticas, 36 técnicos de epidemiología, 410 auxiliares de enfermería, 937 manipuladores de alimentos adiestrados.

Bajo la perspectiva de mejoras respecto al recurso humano, los trabajadores han creado un Sindicato de Salud pública del Ministerio, desde donde plantean sus reivindicación, la jerarquización y la estabilidad laboral. Por su parte la Asociación de Enfermeras del Paraguay estudia un proyecto de ley para la reglamentación del ejercicio de la profesión y el establecimiento del escalafón de salarios⁹³.

Estas acciones expresan la emergente preocupación de los propios trabajadores de salud de promover cambios a partir de las necesidades elementales que enfrentan en el ejercicio de sus labores, por ejemplo el establecimiento de un marco que regule sus deberes y proteja sus derechos.

Respecto a la distribución de profesionales por institución indica que el Ministerio dentro del sector es el mayor empleador de médicos con 34.1%, odontólogos con 20.6% y enfermeras-obstetras con 46.4%, según el censo de recursos humanos realizado en 1985⁹⁴

⁹² MSB y BS. Instituto Nacional de Salud. Proyecto de descentralización y regionalización de cursos de formación de auxiliares de enfermería en Paraguay, Asunción 1994 pág 8)

⁹³ Análisis del mes, mayo 1994 Año IX No.103 pág 29.

⁹⁴ (OPS, Las Condiciones de Salud de las Américas, sección Paraguay 1993. pág.52)

Infraestructura

Según datos de 1988 la capacidad física instalada del Ministerio consistía de un total de 425 establecimientos; de los cuales 283 eran Puestos de Salud; 123 Centros de Salud; 12 Centros Regionales y 7 Hospitales de alta especialización⁹⁵.

Para 1991 según los datos disponibles revela que existen 369 Puestos de salud; 139 Centros de Salud, 16 regiones Sanitarias y 11 Hospitales especializados. Desde 1990 empieza a funcionar el Gran Hospital Nacional, aunque en forma parcial a falta de recursos (Molinier, 1993:46).

Este es uno de los rubros más resentidos por la estrechez del presupuesto, pero debido a la falta de datos se recupera el período comprendido entre 1988-1991, revela que a nivel de puestos de salud registró un incremento de 86 unidades; los centros de salud aumentaron con la habilitación de 16 locales; también se establecieron 4 Centros Regionales y a nivel de especialización aparecen 4 Hospitales.

Las prioridades

El ministerio aborda con mayor énfasis la atención materno infantil, a fin de disminuir la mortalidad de este grupo etéreo; también prioriza la implementación del plan nacional de vacunación; el desarrollo de acciones de educación sanitaria y participación social y comunitaria a través de las gobernaciones, municipios, comisiones de salud y otras organizaciones de Bienestar Social.

También contempla el fomento y desarrollo de programas de atención sanitaria básica en los asentamientos campesinos, parcialidades indígenas y otras áreas desprotegidas de salud.

El fortalecimiento de programas prioritarios de vigilancia epidemiológica de enfermedades carenciales como bocio, avitaminosis, parasitosis, cólera, paludismo, rabia y otros padecimientos prevalentes.

Involucra la preservación de la salud ambiental, mediante el saneamiento básico y la provisión de agua potable.

Aparece la puesta en marcha del proceso de descentralización y el impulso de la autogestión en los casos de servicios básicos de salud.

95 (Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990. Presidencia de la República, Secretaría Técnica de Planificación. Asunción 1990 pág 239).

El fomento del intercambio con otros países y agencias internacionales de cooperación en materia de salud y acción social (MSP y BS Memoria 1994).

Los programas y los grupos de población que contempla el ministerio como sus prioridades, expresan la existencia de una correlación entre la política de salud a nivel nacional y que se caracteriza por el impulso de medidas de carácter preventivo-básico, delineadas como los modelos de intervención de las instituciones estatales.

Como se puede notar, prácticamente quedan excluidas aquellas patologías que requieren de gran inversión en términos de infraestructura, recursos humanos, insumos, tecnología etc., sin que las mismas hayan dejado de tener importante presencia y gran peso en el perfil epidemiológico de la población.

Cobertura

Oficialmente el Ministerio es responsable de garantizar la salud de la población paraguaya, ratificada en la nueva constitución nacional. Sin embargo, la capacidad es limitada y no alcanza cubrir a la población abierta o sea el grupo que no posee medios, ni condiciones para acudir a otros servicios.

Según datos reportados por la memoria institucional de 1994 señalan que sólo brinda atención médica al 23% de la población⁹⁶, aunque en otros documentos sostiene que el total de la población atendida oscila alrededor del 63%⁹⁷.

Pero lo concreto es que existe alrededor de 32% de la población paraguaya sin cobertura de ningún servicio de salud, y con marcadas diferencias regionales. Por ejemplo el acceso a los servicios de salud en el medio rural es alrededor del 40%⁹⁸; el parto institucional en las zonas rurales alcanza apenas el 25% de los nacimientos⁹⁹, alrededor del 7% de la población rural -índices que figuran entre los más bajos de América Latina- tienen acceso al agua potable (Weisskoff,1993; 524:526).

⁹⁶ MSP y BS memoria 1994 pág.7)

⁹⁷ (MSP y BS,1992 pág. 16)

⁹⁸La población rural representa el 49% del total nacional. La población menor de 15 años representa alrededor del 40,4%, según datos del censo de 1992 (Fondo de Población de Naciones Unida,1993;5).

⁹⁹Análisis del mes, junio 1992 Año VII No.80 Pág. 26

Otro de los indicadores del fenómeno es el número de camas en los hospitales, el acceso a ellas y su razón de ocupación, casi el 51% de las camas están en Asunción y en término de recursos humanos en Asunción se concentra el 61% de los trabajadores (que representa el 25% de la población), mientras el 25% se distribuye en el resto del territorio que representa el 75% de la población nacional¹⁰⁰.

Además sigue persistiendo la deficiencia en la prestación de los servicios de salud de los hospitales, centros y puestos de salud del Ministerio, originada esencialmente por la sobrecarga de pacientes, agravado por el exiguo presupuesto asignado y la falta de inversión en infraestructura, equipamiento y otros elementos básicos que han sido recortados y postergados en la planificación hospitalaria pública, por lo que definitivamente no pueden responder a las necesidades que padece la población¹⁰¹.

Por tanto las causas de mortalidad materna e infantil como las hemorragias (24%); el aborto (22%); lesiones debidas al parto (4,1 por mil nacidos vivos); diarreas (3,3 por mil nacidos vivos); infecciones del recién nacido (3,2 por mil nacidos vivos) siguen siendo muy elevadas y a pesar de las deficiencias de las estadísticas, permite aseverar que el país se sitúa en el 5o. lugar en América Latina respecto a la mortalidad materna¹⁰².

La ampliación de la cobertura ha sido una de las preocupaciones centrales del ministerio en el contexto de la transición, pero ante la falta de disponibilidad de información no se puede establecer cuadros comparativos, respecto a su evolución como conjunto.

Existen algunos programas puntuales que han logrado ampliar la cobertura, por ejemplo en el período 1984-1995 se incrementaron las coberturas de vacunación con el fortalecimiento del programa regular del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) y la realización de varias campañas de vacunación antipoliomielítica, antisarampionosa y combinadas. con lo que se redujo drásticamente la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas.

También la diarrea que en 1984 era responsable del 20% de las muertes de menores de 1 año, en 1994 aparece como causa directa del 12% de las defunciones, cuya reducción se debe a la implementación de campañas educativas

¹⁰⁰ (Mercosur: un desafío. República Argentina, Ministerio de Relaciones Exteriores Comercio Internacional y Culto. Centro de Economía Internacional. proyecto PNUD 87, pág 287).

¹⁰¹ (Análisis del mes, diciembre 1994, Año IX No. 110 Pág 27).

¹⁰² Unicef, 1996 pág.26.

y unidades de rehidratación oral (UROS), cuya utilización aumentó de 46% en 1990 a 68% en 1995%. El tratamiento de las neumonías se incrementó aproximadamente del 20% al 40% entre 1989 y 1995.

Integración de nuevos programas

En el ministerio quedó conformado el **Consejo Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar** que plantea acciones tendientes a proponer y definir políticas nacionales y de trabajo para el desarrollo de programas y servicios, relacionados con la mujer adolescente y su familia.

Con esto se pretende la prevención del embarazo precoz en adolescentes, además se busca la modificación de la fecundidad y el comportamiento reproductivo de las mujeres¹⁰³. En consecuencia la creación de las comisiones de lucha contra la mortalidad materna, van cobrando auge.

La campaña de promoción de la lactancia materna lanzada por la Cruz Roja Paraguaya, UNICEF, OPS se ubica dentro de este marco¹⁰⁴. Este sin duda es uno de los temas que va cobrando importante fuerza en el campo de la salud pública y .

En el período 1990-1992 se creó el **Plan Nacional de Salud Mental**, con la habilitación de un plan piloto de acciones comunitarias de promoción y de prevención, aunque no cuenta con los recursos para su aplicación¹⁰⁵.

Esta iniciativa puede considerarse como la necesidad de demostrar el reconocimiento de otras dimensiones componentes del proceso salud-enfermedad - en términos de declaración de intenciones-. Pero nuevamente aparece la constante contradicción al momento de la aplicación práctica, porque tropieza con el problema de carencia de recursos que impiden viabilizar las propuestas.

La reorientación del sistema de información

Con el propósito de establecer un nuevo sistema de información, el Ministerio incorpora profesionales y técnicos en estadística y epidemiología y establece un sistema de información computarizada en 14 de las 16 regiones sanitarias a fin de encarar el grave problema de atraso y abandono en que ha permanecido este rubro en el Ministerio (MSP y BS, 1992:69).

¹⁰³Análisis del mes, julio 1994 Año IX No.105 pág 26.

¹⁰⁴Análisis del mes, mayo 1994 Año IX No.103 pág 29.

¹⁰⁵ (Análisis del mes, junio 1992 Año VII No. 80 Pág 26).

Apenas se ha iniciado un proceso de estudio de la situación sanitaria del país a través de proyectos financiados por los bancos Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial a ser canalizados a través de los gobiernos departamentales¹⁰⁶.

Este emprendimiento constituirá una importante fuente de información respecto a las condiciones de salud de las distintas regiones que integra el país, sobre todo cuando el diseño y los métodos de captura de la información sean los más adecuados, para asegurar la confiabilidad de los datos y la disponibilidad de información actualizada.

Es necesario señalar que este campo se caracteriza por un alto nivel de subregistro y una mínima confiabilidad de los datos e indicadores (Ibidem:16) a lo que se agrega la falta de registro oportuno y la ausencia de sistematización de las acciones desarrolladas.

En efecto el desarrollo de investigaciones relacionadas con la salud pública, está en gran medida condicionada al mejoramiento e incorporación de un sistema de información que aporte los datos capturados en forma oportuna, precisa y basados en criterios técnicos.

Concluyendo, se puede sostener que en el enfoque de respuesta del Ministerio introduce al cambio del papel del Estado restringe su responsabilidad de cubrir toda la gama de problemas que presenta la población, para pasar a ocuparse de aquellos padecimientos que requieren una escasa inversión de recursos.

Las estrategias también responden a la misma racionalidad, donde el criterio de costo se antepone a las necesidades de salud, así la atención primaria de la salud es reducida a la prestación de servicios elementales dirigidos esencialmente a la población con mayores carencias.

La descentralización constituye una de las medidas que se promueve con mayor énfasis dentro de la política del sector, cuyo planteamiento se sustenta en gran medida en la transferencia de responsabilidad al nivel local y en consecuencia se restringe el ámbito de participación del Estado en la resolución de los problemas.

Sin embargo, debido a la reciente incorporación de la mencionada estrategia, no se puede aún valorar los alcances y las limitaciones que presenta su aplicación; no obstante se pueden señalar como elementos limitantes la inexperiencia, la limitada capacidad técnica y estrechez de los recursos, así como la marcada práctica autoritaria que ha caracterizado a las administraciones estatales, que intervienen como elementos limitantes para la consolidación del proceso en condiciones de democracia, pese a la apertura política vigente.

¹⁰⁶Análisis del mes, junio 1995 Año X No.116 pág 29.

Respecto al papel que ejercen los organismos de cooperación externa, también en el contexto de la transición han cobrado mayor fuerza y se convierten en cierto modo en los impulsores de los cambios, mediante asistencia técnica y/o otorgamiento de crédito.

EL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL (IPS)

Es la principal institución de la Seguridad Social, que viene funcionando desde 1943 con el soporte financiero provenientes del Estado; los trabajadores y el empleador. A lo largo de su historia fue sufriendo varias modificaciones, hasta que finalmente se ha consolidado como una de las instituciones más representativa del régimen de la Seguridad Social a nivel nacional (Molinier, 1993:33).

La institución ofrece servicios de carácter eminentemente curativo en el campo de la atención médica, pero nunca desarrolló acciones de prevención ni de control de los riesgos laborales¹⁰⁷

La gestión de la institución se ha caracterizado esencialmente por el constante cambio de las autoridades, relacionados a problemas de tipo administrativo que involucra a los funcionarios en acciones de corrupción, y ha respondido en la mayoría de las veces a denuncias realizadas por los trabajadores de la entidad con el apoyo y respaldo de las centrales sindicales y en otros casos por sus propios asegurados.

En este sentido la prensa también ha jugado un papel fundamental, porque sistemáticamente ha estado denunciando hechos de corrupción y quejas de los pacientes por la mala o la falta de atención a sus demandas.

Tales denuncias han propiciado la formación de opiniones y propuestas respecto a las vías de solución. En ese sentido en el contexto de la transición se convierte en uno de los temas del campo sanitario que ha generado mayores discusiones entre los distintos actores sociales que se pronuncian hacia el cambio de las funciones de la institución de corto y largo plazo.

En el corto plazo se ubican, por ejemplo las modificaciones incursionadas en términos de saneamiento administrativo; la reorganización de los servicios para abordar problemas de cobertura en atención médica, que constituyen los principales reclamos de los usuarios.

¹⁰⁷(Análisis del mes, marzo 1992, Año VII No. 77 pág 29).

Pero el cambio de carácter más estructural sigue en proceso de discusión y enfrenta una serie de dificultades de orden jurídico, político, social y económico que intervienen como factores condicionantes. Por ejemplo existe un marco jurídico que establece los alcances y límites de las funciones del Seguro Social.

Algunas modificaciones puntuales han sido introducidas y se refieren a los regímenes de beneficios que ofrece la institución a partir del 1o. de enero de 1993 cuenta con un Régimen Unificado de Jubilaciones y Pensiones establecido por la Ley 98 del 31 de diciembre de 1992.

El régimen de jubilaciones o riesgo de vejez, introduce modificaciones por la nueva Ley 98 donde establece que el IPS concederá al asegurado 3 tipos de jubilaciones: ordinaria; por invalidez común y por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

En el caso de la jubilación ordinaria; requiere 60 años cumplidos y un mínimo de 25 años de servicios reconocidos. o 55 años cumplidos y un mínimo de 30 años de servicios reconocidos.

El haber de las prestaciones consiste en el 100 o el 80% del promedio de los salarios de los últimos 3 años anteriores al último aporte. En el segundo caso, del 80% del promedio de los salarios, cuyo porcentaje aumentará a razón del 4% de cada año que sobrepasa los 55 años de edad, en el momento de solicitarlo y será aplicado hasta los 59 años de edad.

En relación a la jubilación por invalidez común; los requisitos son los mismos que el régimen anterior. Favorece al asegurado declarado inválido, por una terna de médicos designados para el efecto, y que tenga menos de 55 años y por lo menos 150 semanas de cuotas; o de 150 a 200 cuotas y menos de 60 años, o de 250 a 400 cuotas y menos de 65 años.

La jubilación por invalidez causada por accidente de trabajo o enfermedad profesional; será determinada conforme a la tabla valorativa de incapacidades. la tabla de porcentaje de jubilación y al salario mensual promedio de los últimos 3 años anteriores a la iniciación de la incapacidad.

Con el nuevo esquema de beneficios de largo plazo se alteran los plazos de prestación de servicios estipulados, dado que el trabajador requiere cumplir 60 años con 25 años de servicios y/o contar con 55 años y 30 años de servicios para acceder a tales beneficios. Mientras bajo el esquema anterior, la jubilación (denominada riesgo de vejez) contemplaba al asegurado con 60 años cumplidos y un mínimo de 12 años y cinco meses de cuotas.

La financiación, constituye otro de los campos que ha registrado importante cambio. Por tanto la cotización base del aporte, ha sufrido cambios en la mayoría de las instituciones de Seguridad Social.

En el caso del IPS, la cotización de los trabajadores pasó de un 7,0% vigente hasta fines de 1992 a un 9,0% establecido desde el 1o. de enero de 1993. Al mismo tiempo para los empleadores, la cotización pasó de un 12,0% a 14,0% sobre los salarios pagados. La del Estado se mantuvo constante en un 1,5%, aunque este aporte nunca se ha efectivizado, por lo que la cotización total tripartita del 19,5% anterior y del 24,5% actual, en realidad sería bipartito, del 18,0% y del 23,0% respectivamente

Las nuevas disposiciones de la Ley 98/92 por las que se rigen las modificaciones, establecen que cada 3 (tres) años se deberá efectuar estudios y evaluaciones actuariales para determinar la situación patrimonial y financiera del IPS, su grado de solvencia y liquidez en cada uno de los fondos de las prestaciones.

Además obliga al Consejo de Administración la realización de estudios y evaluaciones financieras actuariales anuales, a más tardar para el 31 de marzo de cada año, a fin de establecer el grado de solvencia de dichas reservas técnicas. Así mismo fija como referencia de los ajustes anuales, de las jubilaciones y pensiones, al índice del costo de vida declarado oficialmente por el Banco Central del Paraguay, al 31 de diciembre de cada año.

En cuanto a las inversiones, libera de toda restricción sobre la administración, inversión y colocación de los recursos financieros del Instituto dentro del sistema financiero y bancario del país; mantiene la prohibición de conceder préstamos al Estado, a los entes descentralizados y a la municipalidades.

Explícitamente exige que la inversión o colocación de los recursos financieros del instituto sean realizadas en las mejores condiciones posibles de seguridad y rentabilidad, con un rendimiento similar al de las tasas pasivas de interés vigentes en el sistema bancario y que sean orientadas principalmente a apoyar el desarrollo del sector productivo.

Las modificaciones en términos administrativos plantea la reestructuración de los gastos, así crea fondos específicos para cada rubro que integra la gama de actividades que despliega la institución.

Para el pago de las pensiones y jubilaciones se crea un fondo común donde el Instituto deberá destinar cada año una cantidad igual al 12,5% calculado sobre el monto de las cuotas establecidas.

También establece el fondo de enfermedad, maternidad, los gastos realizados para cubrir el costo de los riesgos de enfermedad no profesional y de maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional y los subsidios correspondientes, serán financiados con el 9% del monto total de los salarios sobre los cuales se abonan las cuotas establecidas.

Fondo de administración general; incluye los gastos de administración general, que serán financiados con el 1,5% de los aportes que recibe la institución más multas, recargos, y comisiones aplicadas(Candia, 1995:253).

Otro aspecto que intenta corregir se refiere a los serios problemas de mala administración de la institución, que ha generado fuga constante de recursos financieros y materiales, constituyendo las principales razones del mal funcionamiento de los servicios ofrecidos por la institución, aunque sigue padeciendo el descontrol sobre la arraigada práctica institucional.

Inicia algunos pasos dentro del proceso de descentralización, estrategia también impulsada por el ISP, a través de un proyecto de regionalización de los servicios médicos que incluyen algunas acciones como la reparación de los centros existentes y la construcción de otros nuevos en la ciudad de Fernando de la Mora -municipio más cercano a Asunción-. también la ampliación de los servicios de urgencia durante las 24 horas en una de las clínicas periféricas, con el propósito de descongestionar el Hospital Central.

Igualmente tiene previsto la contratación y redistribución de los especialistas y trabajadores de la salud¹⁰⁸, pues el Hospital Central del IPS concentra la mayor parte de recursos humanos; cuenta con el siguiente staff 1500 funcionarios administrativos y sanitarios y 800 médicos, mientras las zonas periféricas al igual que en las instituciones del ministerio, presentan dificultades debido a la carencia de recursos humanos, que resienten los servicios.

Presupuesto del Instituto de Previsión Social respecto al sector salud en guaraníes corrientes, periodo 1991-1993.

AÑOS	MONTO	PORCENTAJE
1991	102.845.641.100	57%
1992	161.886.001.500	52%
1993	244.217.645.300	59%

Fuente: 1990 Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990
1991; 1992, Ministerio de Salud Pública y B. Social. Realidades y Perspectivas, 1992.
1993, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La Acción Política Estatal en el Sector de Salud Pública. 1993.

Esta es la evolución del presupuesto de la Institución dentro del gasto destinado a la Administración Central, lo cual demuestra una importante participación en las operaciones a nivel institucional. Sin embargo como se señalara mas arriba tales

¹⁰⁸ (Análisis del mes, enero 1995 Año X No.111 Pág 30).

recursos no han sido canalizados a la institución, de modo que estas cifras constituyen meras formalidades.

Cobertura

Según estimaciones de OPS para el año 1992 cubre el 17% (algo más de 700000 asegurados)¹⁰⁹, para 1994 el total de la población protegida representa el 24% (unos 1002716 asegurados)¹¹⁰.

Estas cifras indican que registra un incremento significativo de los trabajadores que se incorporan al Seguro Social, pues en un período tan sólo de 2 años experimenta un incremento de 7 puntos de la población asegurada. Sin embargo vale advertir que las estadísticas de la Institución también presenta problemas de confiabilidad.

De cualquier manera, es un dato representativo, que alrededor de 300.000 trabajadores se hayan incorporado al sistema de la Seguridad Social, fenómeno que puede ser interpretado como efecto de acciones de regularización de la situación laboral de los trabajadores que nunca han tenido acceso a una caja de seguro social.

Los recursos humanos en el IPS

El IPS cuenta con servicios de profesionales médicos en un 24,6%; el 7% de odontólogos; profesionales y técnicas de obstetricia en un 2,2% y profesionales y auxiliares de enfermería alcanza el 50,5%, según el censo realizado en 1985¹¹¹.

También presenta el mismo problema del Ministerio, en término de distribución y disponibilidad de los trabajadores de la institución, que por un lado registra una alta concentración en el Hospital central en detrimento de los otros centros de atención, aunque el grave problema que enfrenta es la escasez de recursos humanos para el desarrollo oportuno y adecuado de las tareas.

¹⁰⁹Mercosur: un desafío. República Argentina, Ministerio de Relaciones Exteriores Comercio Internacional y Culto. Centro de Economía Internacional. proyecto PNUD 87, pág 283.

¹¹⁰Documento simposium interno. Análisis comparativo de las Instituciones de Seguridad Social en América. Informe del departamento actuarial y estadística del IPS fotocopia.

¹¹¹ OPS, Las Condiciones de Salud de las Américas, sección Paraguay 1993. pág.52

infraestructura

En 1988 la capacidad física instalada del IPS estaba constituida por 110 establecimientos, de los cuales 76 eran puestos de salud; 32 unidades sanitarias y el Hospital Central¹¹².

En 1991 el IPS contaba con 93 puestos de salud; 33 centros de salud; 3 clínicas periféricas y un Hospital Central (Molinier, 1993:48). El Hospital Central concentra todas las especialidades existentes en el país, es decir representa la más alta complejidad, que en muchos casos por la falta de capacitación del personal, se vuelve inoperable.

Las revisiones efectuadas dan cuenta de los principales cambios que va incorporando el IPS, cuya importancia radica en que se incluyen medidas que tienden a crear condiciones propicias para el avance hacia cambios de orden estructural, tal y como pretenden los distintos grupos hegemónicos del país.

Un primer paso se vincula al aumento de los aportes a la caja de seguros, recayendo sobre el trabajador mayor carga, también la modificación de los plazos establecidos para la jubilación, revela que la propuesta se halla orientada al desplazamiento de mayores niveles de responsabilidades sobre el trabajador.

Por tanto tales modificaciones tienden a corresponder a los actuales esquemas de privatización en que se encuentran involucradas las instituciones de Seguridad Social en los países de la región, aunque son apenas unos recursos estratégicos que se van trazando de cara al impulso de procesos de reformas más rigurosos que esencialmente alteran los principios fundamentales que rigen los sistemas de seguro al trabajador y su familia.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN; HOSPITAL DE CLÍNICAS

Es un hospital escuela, que administrativa y políticamente depende de la Universidad Nacional de Asunción. Se trata de una entidad descentralizada, pero coordina las acciones con el Ministerio de Salud y cubre una importante proporción de los problemas de salud pública en el país, es decir que se ocupa de la atención de la población que no tiene posibilidad de acudir a los servicios donde requieren previa cotización.

Históricamente se desenvuelve en la miseria y la precariedad que le impide cumplir con su función, pues a la deficiencia de fondos, se suman la inexistencia de un programa hospitalario, carencia de medicamentos, la falta de una infraestructura

¹¹² Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990. Presidencia de la República, Secretaría Técnica de Planificación. Asunción 1990 pág 239

edilicia y de equipamiento adecuado, y la infaltable práctica de corrupción de los funcionarios. Pero sigue siendo el refugio de la población más abandonada del país, que al igual a la institución depende de la caridad¹¹³.

Dentro de la transición no ha experimentado mayormente cambios que reporte beneficios a la institución, al contrario siempre se ha venido manejando dentro de una serie de limitaciones financieras, lo que le ha impedido el mejoramiento de los servicios demandados por la población.

Un emprendimiento innovador del Hospital de Clínicas constituye la creación de un consultorio de atención primaria que forma parte del proceso de extensión universitaria, y su atención se encuentra a cargo de los médicos residentes y los estudiantes de medicina y enfermería. Con esto, por un lado se pretende materializar un antiguo proyecto de extramuro de la facultad de medicina y por otro lado son intentos de interacción entre la comunidad y la respectiva institución de salud¹¹⁴.

Comportamiento del presupuesto en relación al gasto del sector salud.

AÑOS	MONTO	PORCENTAJE
1991	9.894.436.000	5.5
1992	5.568.518.300	9.6
1993	7.099.252.009	14.1

Fuente: 1990 Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990
1991; 1992, Ministerio de Salud Pública y B. Social. Realidades y Perspectivas, 1992.
1993, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La Acción Política Estatal en el Sector de Salud Pública. 1993.

Únicamente se disponen los datos de este período en relación al gasto asignado al sector salud, los cuales reportan una variación en términos porcentuales, con un ligero aumento en 1992, pero con una marcada tendencia hacia la disminución para el siguiente año. En cualquiera de los casos demuestran que a pesar de los reiterados reclamos y peticiones de los trabajadores del hospital, no se le dado el debido tratamiento.

Respecto a los recursos humanos con que cuenta en relación al total sectorial 1985 revela que el Hospital de Clínicas junto al Hospital Psiquiátrico cuentan con el

¹¹³(Análisis del mes, septiembre 1992, Año VII No. 83 Pág 27).

¹¹⁴Análisis del mes, julio 1994, Año IX No.105 Pág 26.

5,75% profesionales médicos; odontólogos 9,39%; obstetras profesionales y técnicas 1,60%; profesionales y auxiliares de enfermería 5,5%¹¹⁵.

Otra de las dependencias viene a ser el **Hospital Neuropsiquiátrico**; el cual se ha convertido en un verdadero depósito de las personas con problemas de salud mental; teniendo en cuenta que al igual que el Hospital de Clínicas se ha venido desempeñando con el más escaso recurso, lo que le ha impedido dar respuestas a las complejas patologías que padecen los grupos humanos.

Las condiciones deplorables en que se desenvuelven los pacientes e internos del Hospital Neuropsiquiátrico, han generado mayores dificultades para la recuperación, incluso se convierten en factores agravantes en la mayoría de los cuadros patológicos.

Teniendo en cuenta de que los procesos mentales son altamente delicados y complejos, resulta imposible pretender una atención adecuada, cuando los propios profesionales no cuentan con las mínimas condiciones para el desarrollo de sus intervenciones y menos aún para asegurar el ambiente terapéutico requerido para cada caso.

Nuevamente el magro recurso de la institución ha repercutido en una mala calidad de los servicios; escasa o nula obtención de resultados efectivos; deterioro progresivo de los servicios en el campo de la psiquiatría del sector público.

Dentro de la transición surgieron varios cuestionamientos a las inhumanas condiciones en que se desenvuelve esta institución; y ante reiteradas denuncias y reclamos de la población; se procedió por lo menos a una renovación de las instalaciones del nosocomio.

Este hecho sin embargo no pudiera ser considerado como una reforma en sí, sino más bien una actualización de las condiciones mínimas de existencia de una determinada institución.

Estos constituyen algunos de los elementos que traducen las carencias y deficiencias que atraviesan las instituciones, las cuales se limitan a las acciones paliativas ante padecimientos graves a falta de voluntad política y de acciones regidas por criterios científicos y socialmente aceptables. Sin duda tal panorama, es la expresión de la lamentable realidad que presenta el sector en el país.

¹¹⁵(OPS, Las Condiciones de Salud de las Américas, sección Paraguay 1993. pág.52)

Por tanto se trata de una profunda problemática que condena a los individuos al abandono y la marginación dentro de la social, reflejo de una gran deuda social del Estado con la sociedad paraguaya.

SANIDAD MILITAR

Se ocupa de la atención de los militares y sus familiares y dentro de la transición es una de las instituciones que ha recogido mayores beneficios, así desde 1989 se viene construyendo un nuevo Hospital Militar, un complejo con 337 camas y será el más moderno del país. Su realización nunca fue licitada, ni se conoce de donde proviene la inversión¹¹⁶.

Este emprendimiento resulta contrastante, pues se halla ubicado en las cercanías del Hospital de Clínicas que presenta las peores condiciones de existencia, a pesar de que debe dar respuesta a prácticamente al 5% de la población.

Pero la población beneficiada por la institución -los militares y sus familias-, sigue siendo un grupo hegemónico dentro de la sociedad paraguaya con la cual el gobierno de la transición se ha sentido directamente comprometido en salvaguardar sus intereses¹¹⁷. Este hecho puede ser explicativo del emprendimiento y la dimensión de la inversión, porque se trata de un grupo con muchos privilegios dentro de la sociedad nacional.

Presupuesto asignado al sector salud para Sanidad Militar en Guaraníes corrientes. Período 1990 a 1993.

AÑOS	MONTO EN GS	PORCENTAJE
1991	1.153.213.000	0,6
1992	2.895.336.620	0,9
1993	3.000.725.725	0,7

Fuente: 1990 Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990
1991; 1992, Ministerio de Salud Pública y B. Social. Realidades y Perspectivas, 1992.
1993, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La Acción Política Estatal en el Sector de Salud Pública 1993.

¹¹⁶ (Análisis del mes, junio 1993, Año VIII No. 91 Pág 2).

¹¹⁷ Incluso dentro de su proclama el Gral. Rodríguez en la noche del golpe militar asigna un papel protagónico y le atribuye la responsabilidad de la "gesta histórica" (Schvartzman, 1989; 67).

Los datos ilustran cierto incremento de los recursos asignados a la institución, de los cuales probablemente una importante proporción es destinada para la construcción del nuevo complejo.

La institución en término de recursos en infraestructura, revela que en 1988 contaba con una capacidad física instalada 1 hospital central; 3 hospitales divisionarios, 41 enfermerías y 34 unidades sanitarias¹¹⁸.

En cuanto a recursos humanos, la institución contaba en 1985 con personal médico que representa el 3,94% del total sectorial; odontólogos 3,79%; profesionales y étnicas de obstetricia 0,75%; profesionales y auxiliares de enfermería 0,86%¹¹⁹.

SANIDAD POLICIAL

Se trata de una de las instituciones con menor cobertura dentro del grupo estatal, y prácticamente no ha experimentado cambios importantes, de modo que sigue ocupándose del mismo grupo poblacional, que hasta 1991 cubría al 1% de la población (Molinier, 1993:36). En el año 1988 el Hospital tenía 1 Hospital Central y 22 enfermerías¹²⁰. Respecto al factor humano según la encuesta de 1985, contaba con 3,94% de médicos; 3,79% de odontólogos; 0,75% de obstetras y 0,86% enfermeras¹²¹.

Seguidamente se presenta el resumen del presupuesto en relación al sector salud, únicamente disponible en forma desagregada el período comprendido de 1990 a 1993, lo cual demuestra una cierta estabilidad, por tanto no ha variado mayormente la dinámica de la vida institucional.

¹¹⁸(Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990, Presidencia de la República. Secretaría Técnica de Planificación, Asunción 1990 Pág 289).

¹¹⁹(OPS, Las Condiciones de Salud de las Américas, sección Paraguay 1993. pág.52)

¹²⁰(Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990, Presidencia de la República. Secretaría Técnica de Planificación, Asunción 1990 Pág 289).

¹²¹(OPS, Las Condiciones de Salud de las Américas, sección Paraguay 1993. pág.52)

Presupuesto del sector salud asignado a Sanidad Policial. 1990-1993

AÑOS	MONTO	PORCENTAJE
1991	75.262.100	0,04
1992	75.486.620	0,02
1993	476.461.566	0,11

Fuente: 1990 Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990
1991; 1992, Ministerio de Salud Pública y B. Social. Realidades y Perspectivas, 1992.
1993, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La Acción Política Estatal en el Sector de Salud Pública. 1993.

La gestión de cada una de las instituciones revela que los procesos de cambio no son homogéneos, aunque en general tienden a responder al esquema que se encuentra en discusión y en otros casos que ya han avanzado en la formulación.

La diferencia es marcada en el caso del Ministerio, que apenas va empezando a poner en orden ciertos aspectos, por ejemplo la reglamentación de actividades centrales, como el campo de los recursos humanos, los asuntos administrativos. También incorpora elementos de la nueva propuesta como la descentralización, la modernización, pero que van adquiriendo sus propias características, aunque en rigor se basan en los criterios de la versión original.

Pero en el caso del Instituto de Previsión Social se evidencia un mayor avance hacia la incorporación de las líneas discutidas y en menor grado establecidas dentro de la Política de Salud. En ese sentido, las medidas puntuales que ha ido incorporando contribuyen esencialmente a la creación de condiciones favorables para el establecimiento del paquete de modificaciones que hasta hoy sigue en discusión.

Mientras el Hospital de Clínicas sigue con los mismos problemas vinculados a la escasez de recursos para enfrentar los problemas; el Hospital Militar por su parte recibe un importante respaldo con la construcción de un complejo institucional; y en el caso de la Sanidad Policial se mantiene sin mayores modificaciones.

Presupuesto del sector salud asignado a Sanidad Policial. 1990-1993

AÑOS	MONTO	PORCENTAJE
1991	75.262.100	0,04
1992	75.486.620	0,02
1993	476.461.566	0,11

Fuente: 1990 Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 1990
1991; 1992, Ministerio de Salud Pública y B. Social. Realidades y Perspectivas, 1992.
1993, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. La Acción Política Estatal en el Sector de Salud Pública. 1993.

La gestión de cada una de las instituciones revela que los procesos de cambio no son homogéneos, aunque en general tienden a responder al esquema que se encuentra en discusión y en otros casos que ya han avanzado en la formulación.

La diferencia es marcada en el caso del Ministerio, que apenas va empezando a poner en orden ciertos aspectos, por ejemplo la reglamentación de actividades centrales, como el campo de los recursos humanos, los asuntos administrativos. También incorpora elementos de la nueva propuesta como la descentralización, la modernización, pero que van adquiriendo sus propias características, aunque en rigor se basan en los criterios de la versión original.

Pero en el caso del Instituto de Previsión Social se evidencia un mayor avance hacia la incorporación de las líneas discutidas y en menor grado establecidas dentro de la Política de Salud. En ese sentido, las medidas puntuales que ha ido incorporando contribuyen esencialmente a la creación de condiciones favorables para el establecimiento del paquete de modificaciones que hasta hoy sigue en discusión.

Mientras el Hospital de Clínicas sigue con los mismos problemas vinculados a la escasez de recursos para enfrentar los problemas; el Hospital Militar por su parte recibe un importante respaldo con la construcción de un complejo institucional; y en el caso de la Sanidad Policial se mantiene sin mayores modificaciones.

CONCLUSIONES

El derrocamiento del régimen autoritario bajo el mando de las fuerzas armadas, ha constituido un evento de vital importancia para el país, dado que puso término al sistema dictatorial, último en ser desmantelado en el continente.

El golpe militar a pesar de ser una estrategia que atenta contra los principios constitucionales, en el caso paraguayo abrió paso a un nuevo clima político, cuyas características esenciales se relacionan con el recambio de poder, -dado que los propios militares protagonizaron el evento y se rearticulan las élites políticas y económicas- y la liberalización como un elemento central para avanzar hacia la democratización del país.

A partir de estos acontecimientos se ha iniciado el denominado "**proceso de transición hacia la democracia**", el cual ha introducido a la sociedad a una nueva dinámica que incluye no sólo una intensa actividad política, sino también inicia una nueva forma de relación entre el Estado y la sociedad a partir de la cual se redefinen los mecanismos de decisiones y el carácter de las intervenciones en las esferas de interés colectivo.

La Transición hacia la democracia, pese a su carácter restringido y formal ha generado expectativas en relación a la democratización de los procesos sociales, bajo los supuestos de la libertad de participación de nuevos actores sociales tales como las organizaciones sociales y la ciudadanía en los debates de los grandes temas de interés colectivo, considerados como opositores en el régimen anterior.

Así, la Transición ha propiciado la creación de condiciones para la reconstitución de la sociedad civil mediante un mayor protagonismo en las discusiones y formulaciones de medidas de impacto colectivo; también se manifiesta en el surgimiento y consolidación de distintos movimientos sociales y en la generación de nuevos espacios de participación política, como los partidos políticos.

El mecanismo electoral se ha convertido en la principal estrategia de participación de todos los partidos y movimientos políticos nuevos y emergentes que pugnan por el poder. De ese modo se sucedieron 4 elecciones en un período de 5 años (1989-1993).

A pesar de la relevancia que ha adquirido la celebración de las elecciones como mecanismo de establecimiento de competencia del sistema de partidos, ha padecido distorsiones por la persistencia de rezagos como la desigualdad de oportunidades para los partidos y movimientos; una sistemática obstaculización de parte del oficialismo a las posibilidades de control efectivo del proceso electoral; la continua participación de los militares en la contienda para favorecer al oficialismo y la utilización de los recursos estatales por parte del partido en el poder.

De cualquier manera el mecanismo electoral ha contribuido a una mayor pluralidad

en la constitución de los espacios de decisiones. Por primera vez en medio siglo los poderes fácticos no pudieron impedir que la oposición pase a controlar la mayoría en el parlamento, estableciendo límites al poder ejecutivo en la toma de decisiones y a la institución en la principal instancia de recepción a las demandas populares.

Pero dicha transición se desarrolla en medio de serias contradicciones en el terreno político que tienen que ver fundamentalmente con el manejo del poder formal y el poder real, contradicción reflejada en la permanente tensión que provoca el poder real por la presencia de los militares en actividades políticas y la mantención de la fusión entre las fuerzas armadas, el partido colorado y gobierno, factores potenciales que amenazan la consolidación de la democracia.

Respecto al campo económico, el gobierno de la transición centra su preocupación en el establecimiento de medidas cortoplacistas, pero de elevado alcance y graves repercusiones en el terreno social. Por ejemplo el gobierno de Rodríguez (1989-1993) se ha destacado por la priorización del pago de la deuda externa, buscando la restauración de las relaciones con organismos multilaterales como el Fondo Monetario Internacional.

En ese marco se inscribe la aplicación de medidas como la liberalización de la economía sustentada esencialmente en la reforma del sistema financiero; el control de la inflación mediante la contención salarial y el aumento de los precios de los servicios públicos; y el otro pilar de la acción se basa en la privatización de empresas estatales, que se desarrolla con cierto retraso, porque en el juego de fuerzas, emergen intereses de orden partidario.

Por tanto el proceso de transición fluctúa entre dos polos opuestos: apertura política y la aplicación de una estrategia de contención social a los sectores populares. Algunos estudios realizados, revela que la política cambiaria entre 1989 y 1992 contribuyó a acentuar el deterioro de la distribución del ingreso en Paraguay; la política salarial adoptada a partir de 1989, no ha sido compatible con los propósitos de una mejor distribución del ingreso nacional y la política de gastos públicos privilegió el consumo respecto a las inversiones.

Así, los datos macroeconómicos reportan un panorama de peligroso deterioro de los procesos productivos, en especial del sector campesino e industrial. El PIB sufrió un proceso de desaceleración, el nivel de desempleo registró un importante incremento y alrededor del 40% de la Población Económicamente Activa se encuentra en el sector informal. En efecto el progresivo deterioro de las condiciones de vida de la población, principalmente del sector popular, constituye otro factor que pone en cuestión la transición hacia la consolidación de la democracia.

El tratamiento de la salud se realiza en este contexto. Al igual que el conjunto de políticas sociales, toma un nuevo impulso en la medida en que empieza a generar el interés de los distintos actores sociales que se movilizan progresivamente en busca de nuevos espacios de participación. La salud pasa a ocupar un importante lugar dentro del proceso de modificaciones que se ensayan en las esferas sociales, políticas y económicas.

Las discusiones y propuestas surgidas en torno a la temática también refleja la importancia que adquiere en el marco de la redefinición de las políticas sociales en el país. Con la exploración de la intervención de los distintos actores sean éstos nuevos o antiguos, ha permitido la identificación de una serie de elementos que configuran una nueva corriente de interpretación y nuevas modalidades de respuesta en salud.

El desarrollo de las discusiones y debates se han dado en medio de una serie de falencias, vinculadas a la inexperiencia de participación en los debates y por otra parte se evidencia la ausencia de un proyecto que proporcione elementos de carácter empírico, técnico y político como referencia para plantear el mejoramiento del sistema y las condiciones de salud.

Entre la diversidad de actores que interactúan en el terreno sanitario destacan las propias instituciones de salud, que se redinamizan y surgen nuevos actores como las organizaciones no gubernamentales y algunas entidades privadas que ejercen un papel protagónico en la configuración del curso de las acciones en el sector.

La posición de los actores pudiera agruparse bajo 2 esquemas; por un lado se encuentran los defensores del papel del Estado como responsable de la atención a la salud; otra corriente se suscribe dentro de la vertiente liberalizadora que busca esencialmente ajustarse al modelo impulsado en los países de la región inspiradas en las propuestas de los organismos internacionales, principalmente del Banco Mundial.

Dentro del primer grupo, o sea de los defensores del esquema estatal únicamente se encuentran los sindicatos y algunos partidos políticos, que sin duda conforman una fracción minoritaria y contrahegemónica, de modo que sus propuestas se ven amenazadas por la fuerza del grupo hegemónico que sintetiza el poder económico y político en estrecha articulación con los grupos similares del exterior. De esa manera la corriente hegemónica va adquiriendo mayor vigor y fuerza, teniendo en cuenta que defiende los intereses del grupo que detenta el poder económico y político y en este escenario van consolidando los mecanismos para asegurar su hegemonía.

Sin embargo se evidencia un punto de convergencia en relación a la necesidad de renovar el sistema de salud y ampliar los servicios a la población. En la mayoría de los casos hay un reconocimiento de problemas como la escasa cobertura; la carencia de recursos humanos capacitados; la rigidez de la estructura orgánica; el anticuado marco jurídico; el centralismo; que en su conjunto se traducen en problemas de salud de la población que presentan altos índices de padecimientos que pudieran ser atendidos con medidas incluso simplificadas.

También coinciden en la redefinición del papel del Estado en la atención de la salud, aunque la orientación en cada caso establece la diferencia, dado que responde a criterios y racionalidades diferentes. Los grupos contrahegemónicos, defienden el papel del Estado como garante del derecho a la salud de los paraguayos, pero bajo un esquema mejorado que le permita ofrecer servicios oportunos y adecuados.

En el caso de los grupos hegemónicos, entienden el papel del Estado como regulador y proveedor de servicios esenciales a los grupos más vulnerables, siendo los elementos

centrales que establecen las condiciones de garantía para la competencia, principal estrategia que rige la iniciativa privada; mientras la selectividad en la prestación de los servicios y la focalización hacia determinados grupos, responden a criterios que anteponen la relación costo-beneficio a la atención y apunta esencialmente al abatimiento de situaciones de extrema pobreza.

La discusión del esquema mixto (participación pública y privada) en la oferta de servicios es un componente renovador del esquema de respuesta en salud. Esta es una de las propuestas que estructura la prestación de servicios bajo la visión hegemónica mediante la cual otorga a la iniciativa privada aquellos ámbitos con elevados rendimientos económicos, mientras que al sector público se destinan aquellas actividades con altas externalidades positivas y de elevado interés colectivo.

Con esta modalidad se abre el campo de acción a la iniciativa privada, de ese modo la salud deja de ser un derecho y se institucionaliza su mercantilización, pues convierte en una mercancía que puede ser adquirido en el mercado. Mientras el Estado se ocupa de los servicios para los grupos que no se encuentran en condiciones para incorporarse a dicha dinámica.

La privatización de la Seguridad Social, particularmente los regímenes de pensiones y jubilaciones ocupa el centro de discusión. Por la elevada rentabilidad que representa, aunque sigue en proceso de discusión hasta la fecha, sin ser cristalizada ninguna modificación del esquema solidario que rige la actividad. Sin embargo

La privatización de la Seguridad Social, particularmente de sus rubros de pensiones y jubilaciones ocupa el centro de atención, aunque hasta la fecha no se haya podido cristalizar. El cambio del régimen solidario por el esquema de capitalización individual-modalidad de privatización- es manejado bajo la idea de la desmonopolización, evitando de esa manera la carga política que encierra la privatización dentro de la sociedad.

La descentralización, ha sido una de las estrategias defendida por la mayoría de los actores sociales, a través de la incorporación de las administraciones municipales y los distintos gobiernos departamentales con las respectivas regiones sanitarias para abordar los problemas a nivel local.

La democratización de los procesos sanitarios, constituye otro punto de interés para algunos actores, por ejemplo la OPS, particularmente hace explícita la necesidad de integrar dicho atributo dentro del quehacer sanitario; sin embargo la mayoría de las instituciones y organizaciones no recuperan esta dimensión a pesar de constituirse en una imperiosa necesidad de los espacios institucionales públicos.

Las propuestas diseñadas, plantean interrogantes en relación a su viabilidad en la sociedad paraguaya y en relación a la perspectiva que proyecta sobre la población cuyos procesos de salud-enfermedad y muerte se encuentran profundamente deterioradas a falta de una respuesta que integre los aspectos sociales, económicos y culturales de la problemática. Lo claro es que en la medida que se vaya profundizando la distancia de un enfoque integral para reducirse a medidas puntuales, originará mayor acumulación de problemas y en consecuencia mayor nivel de deterioro de las condiciones de salud de la población.

Precisamente el esquema de salud diseñado se nutre de aquellos elementos que buscan otorgar un rol protagónico al sector privado que se rige bajo la lógica de la extracción de mayor beneficio económico posible, en coherencia con el supuesto que conduce y dinamiza la iniciativa privada, pero no contribuye a elevar los beneficios a la población. Estas tendencias reflejan la marcada incidencia de las directrices impulsadas por organismos internacionales como el Banco Mundial, que van ganando cada vez mayor terreno en el campo sanitario.

Pero también en el contexto de la transición se va configurando una política de salud que incorpora elementos debatidos y propuestos por los diversos actores considerados más arriba.

La orientación de la política pueden distinguirse bajo dos perspectivas; por un lado se evidencian medidas orientadas a la institucionalización del quehacer sectorial; por otra parte son retomadas las líneas propuestas por los actores, tendientes a su adecuación a los modelos de los países de la región.

En el primer caso se ubican las medidas tales como; la reactivación del Consejo Nacional de Salud, que se instituye en una instancia de convocatoria de los diferentes actores que mantienen algún tipo de relación con la temática sanitaria, desde donde se deliberan los asuntos concernientes a la salud, siendo un paso que contribuye a la dotación de un carácter más técnico y político a la temática de la salud. Desde esa instancia se han elaborado las líneas doctrinarias que rigen los procesos en el sector, concebidas por las principales instancias sanitarias como "la política de salud"; los planes de salud, en correspondencia con los propósitos del gobierno nacional; así como la propuesta de conformación del sistema nacional de salud y su presentación y defensa en la Convención Nacional Constituyente.

La creación del Sistema Nacional de Salud proporciona el marco referencial para el avance hacia institucionalización sectorial, mediante la unificación de criterios mínimos para el funcionamiento de las instituciones; la búsqueda de una mayor coordinación de las acciones; se estableció un marco de regulación de actividades diversas como formación de recursos humanos, control de alimentos para el consumo humano; se reglamenta la actividad farmacéutica y la venta de medicamentos.

De las líneas propuestas por los actores, se incluyen dentro de la política sanitaria en curso de definición: el establecimiento del esquema mixto en la oferta de servicios; la tendencia de privatización de la Seguridad Social; la participación selectiva del Estado en la atención de la salud; fomento de la participación privada en salud bajo distintas modalidades; la restricción de los gastos destinados a salud; la priorización de programas y poblaciones en base a criterios de costo-beneficio; el énfasis en la prevención en su acepción más elemental; la descentralización; mayor impulso a la estrategia de la Atención Primaria de Salud.

Sin embargo en el caso paraguayo tales medidas no son estrictamente asumidas, partiendo del hecho de que existen elementos de diverso orden, sean éstos de carácter técnico, político, cultural que interfieren en su definición.

Si embargo el siguiente paso permite identificar que las instituciones del sector estatal y paraestatal han asimilado y al mismo tiempo aplicaron algunas de las medidas adoptadas dentro de la política, aunque sigue en curso su definición. Las acciones adquieren matices y dimensiones diferentes, según las características de cada institución; por ejemplo el Ministerio ha experimentado con mayor énfasis procesos de institucionalización y en el caso de la Seguridad Social se perfila esencialmente a su adecuación a los modelos sugeridos por los actores.

Así, el Ministerio en primera instancia incorpora una serie de medidas administrativas orientadas a la reestructuración del esquema, a través de la cual pretende una intervención acorde o más cercana a las necesidades que demanda la problemática de salud. Sin embargo este tipo de cambio involucra procesos de recomposición de los grupos en el poder y la redistribución y rearticulación de planes, programas, y acciones. También emprende acciones vinculadas a la renovación de las estrategias operativas y de relacionamiento con las instituciones sectoriales y extrasectoriales, que en su conjunto contribuyen al cambio del carácter aislado y vertical de la intervención del ministerio.

Por otro lado, vigoriza su rol de rectoría en las cuestiones de salud y de interlocutor entre el poder central y la ciudadanía, también se erige como el agente clave en los procesos de discusión, diseño, formulación de medidas concernientes a la salud en el país, o sea asume más abiertamente la función de conducción dentro del sector.

Dentro de su esquema de funciones prioriza la atención de la salud de los grupos más vulnerables, como la población materno infantil, a través de programas que se inscriben en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, que tiene un importante componente preventivo.

La Seguridad Social por su parte incorpora una serie de medidas que que si bien son puntuales, recogen los elementos esenciales para el establecimiento de reformas bajo esquema de capitalización individual, que no es otra cosa que la privatización.

Las otras instituciones como el Hospital de Clínicas; la Sanidad Militar y Policial comparten ciertas similitudes en relación a las modificaciones que han ido experimentando; así apenas se realizaron ciertas renovaciones de equipos de trabajo, remodelación de locales y construcción de infraestructura en otros casos. En general siguen operando con las mismas estrategias y se ocupan prácticamente de la misma población.

En líneas generales se puede mencionar que las instituciones integrantes del sector estatal y paraestatal en salud, vienen operacionalizando algunas medidas diseñadas durante el período de transición, que en algunos casos contribuyen a proporcionar un enfoque más técnico a las acostumbradas improvisaciones con que se ha manejado el sector salud; pero también se visualiza una distancia entre los propósitos que se plantean y las medidas operativas, siendo una característica constante dentro del quehacer sectorial, así el discurso no se traduce cabalmente en acciones.

En síntesis se puede mencionar que el Paraguay se halla embarcado en el proceso de transición hacia la democratización, que por un lado permite una apertura en el terreno político, aunque paralelamente las variables e indicadores económicos y sociales dejan ver una desaceleración del crecimiento y el consecuente deterioro de las condiciones de empleo y de vida de los paraguayos.

Dicho proceso es un imperativo para la instauración de un nuevo orden basado en la institucionalización de las instancias de poder, pero exige el establecimiento de mecanismos de control más eficientes sobre el manejo del poder real. También requiere la implementación de nueva estrategia de crecimiento y desarrollo que simultáneamente atienda las necesidades productivas y dé respuesta a las necesidades sociales de los paraguayos.

Y el campo de la salud, como se señalara anteriormente experimenta un proceso de cambio caracterizado por un lado por el permanente impulso de institucionalización del quehacer sectorial y por otro lado por el establecimiento de condiciones orientadas a la cristalización del proceso de modernización.

También es un imperativo la participación protagónica de los propios trabajadores de la salud y de la población organizada en las decisiones en torno a la definición de la política de salud, que favorezca la creación de mecanismos adecuados para la entrega de servicios de mejor calidad.

En definitiva, el establecimiento de una política social y de salud no puede ser un sistema de acciones verticales desintegradas, destinadas a paliar algunos efectos del modelo de desarrollo o como mecanismo institucionalizado de caridad o benevolencia pública. Es una condición indispensable la consolidación de un proceso democrático en el Paraguay y un imperativo la resolución de los problemas sanitarios y el acceso al bienestar.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ABENTE, Diego, Coordinador. Paraguay en Transición. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela- 1993.

ARDITI, Benajamin. La sociedad a pesar del Estado. Movimientos sociales y recuperacion democratica en el Paraguay. El Lector. Asuncion 1987.

BORON, Atilio. "La transición hacia la democracia en América Latina: Problemas y Perspectivas". en Modernización económica , Democracia política y democracia social. Centro de Estudios Sociológicos. Colegio de México. México- 1995.

BELMARTINO, Susana. Políticas de Salud: "Formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar en "Estado y Políticas Sociales en América Latina". Organizadora Fleury, Sonia. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México- 1992.

BORDA, Dionisio " Empresariado y transición a la Democracia en Paraguay" en Paraguay en Transición. Editorial Nueva Sociedad. Venezuela- 1993.

BOUVIER, Virginia. El Ocaso de un Sistema. Encrucijada en Paraguay. Washington Office on Latin America. Ediciones Ñandutí Vive. Asunción- 1988.

BLOOM, Gerald H. "Administración del desarrollo del sector salud: los mercados y la reforma institucional" en COLCLUOGH, Christopher. Comp. "Estados o Mercados. El neoliberalismo y el debate sobre las políticas de desarrollo. Fonfo de cultura económica. 1a. edición en español, 1994.

BREIL, Jaime. Descentralización: Estrategia Neoliberal o Democratización real. Ponencia del Encuentro Taller sobre Democracia, descentralización y participación popular 1995.

CAMPOS, Luis y CANESE, Ricardo. El Sector Público en el Paraguay. Análisis de sus inversiones y Empresas. Centro Interdisciplinario de Derecho Social y Economía Política (CIDSEP) Asunción- 1987.

CANDIA, José Ismael. Manual de Seguridad Social en el Paraguay. Universidad Nacional de Asunción, Fundación Hanns Seidel. Asunción 1995.

CARRIZOSA, Agustín." Desarrollo, Servicios de Salud, Descentralización y Contribución de las ONG_S" en Paraguay en el Desarrollo. Contribuciones a una visión global. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD). Comité Paraguay-Kansas. Asunción- 1991.

COMSKY, Noam y DIETERICH, Heinz. La Sociedad Global. Educación, Mercado y Democracia. Editorial Joaquín Mortiz. Grupo Editorial Planeta. México- 1995.

CREYDT, Oscar. Formación Histórica de la Nación Paraguaya. Mimeografiado. Moscú- 1983.

CUEVA, Agustín. El Desarrollo del Capitalismo en América Latina. premio ensayo siglo XXI. 11a edición, México 1987.

EIBENSCHUTTZ, Catalina. "Estado y Política sanitaria. Aproximación teórica metodológica" en Estado y Políticas Sociales en América Latina. Organizadora Fleury, Sonia. Universidad Autónoma Metropolitana -Xochimilco. México- 1992.

FALEIROS, Vicente. "Estado, Sociedad y Políticas Sociales" en Estado y Políticas Sociales en América Latina. Organizadora Fleury, Sonia. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México- 1992.

FLEURY, Sonia. "Estado y Crisis : una perspectiva latinoamericana" en Estado y Políticas Sociales en América Latina. Organizadora Fleury, Sonia. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México- 1992.

FRANCO, Rolando. Los paradigmas de la política social en América Latina en Revista de la CEPAL No. 56 Abril 1996.

FRANCO, Saul. Tendencias de la Medicina Social en América Latina. Ponencia presentada al VI Congreso Mundial de Medicina Social. Tenerife, Canarias 1989.

GARCIA, Juan César. Medicina Social y Filosofía. Epidemiología Médica Vol. 17 No.4 1983.

GOMEZ, Ma. del Carmen. Analises dos Planos de Saude elaborados no Paraguai no período Stronista 1954-1989. Tesis presentado no Instituto de Medicina Social da Universidad do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro- 1995.

KRISKOVICH, Roberto. "Algunos Comentarios sobre Descentralización; una propuesta de Agustín Carrizosa" en Desarrollo en el Paraguay. Contribución a una visión global. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD) Comité Paraguay-Kansas. Asunción- 1991.

LAURELL, Cristina, Coordinadora. La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud. Documento de trabajo No. 27 Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México- 1991.

LAURELL, Cristina y ORTEGA, María Elena. El impacto del tratado de libre comercio en el Sector Salud. Documento de trabajo No. 36. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México 1991.

LAURELL, Cristina, Coordinadora. Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. 1a reimpresión. México- 1994.

LAURELL, Cristina. La Reforma de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social. Concepciones y Propuestas de los diferentes actores sociales. Documento de trabajo No. 47. Fundación Friedrich Ebert Stiftung. México 1995.

LAURELL, Cristina, Coordinadora. Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud . 1a reimpression. México- 1995.

LECHNER, Norbert. "Apuntes sobre las transformaciones del Estado". Revista Foro.(Fotocopia) Santiago- 1993.

LECHNER, Norbert. "La búsqueda de la Comunidad perdida. Los retos de la democracia en América Latina. Revista Sociológica. Año 7 No. 19. Santiago- 1992.

LEWIS, Paul. Paraguay bajo Stroessner. Fondo de Cultura económica. México-1986.

LOPEZ, Oliva y BLANCO, José. La modernización Neoliberal en Salud, México en los ochenta. Universidad Autónoma Metropolitana. México 1993.

MOLINIER, Liduvina. Las políticas Sociales en el Paraguay. Departamento de Investigación Socioeconómica (DIS) Facultad de Ciencias económicas, Administrativas y Contables, Universidad Nacional de Asunción. Asunción- 1993.

MOLINIER, Liduvina. "Paraguay de los 90: hacia un nuevo modelo de Desarrollo"? en Revista Ajaka Colectivo Interdisciplinario de Desarrollo Educativo (CIDE) Año 3 No.6. Asunción- 1993.

OPS. Salud y Desarrollo en el Paraguay. Hacia un Sistema Nacional de Salud. Asunción- 1993.

O'DONNELL Guillermo y Schmitter Philipp. Compiladores. Transiciones desde un Gobierno Autoritario III. Perspectivas Comparadas. Ediciones Paidós. 1a. reimpression. España- 1994.

OSZLAK, Oscar, BONEO Horacio, GARCIA Ana de fanelli y Llovet Juan José. "Descentralización de los sistemas de salud". El Estado y la salud. págs 59:80

PORTELLI, Hugues. Gramsci y el Bloque Histórico. 12a edición. Editorial siglo XXI México 1985.

PRIETO, M. Cynthia. La Acción Política estatal en el Sector de Salud Pública y Bienestar Social. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Colegio Nacional de Guerra. Asunción- 1993.

RIVAROLA, M. Domingo. Una Sociedad Conservadora ante los desafíos de la Modernidad. Ediciones Arte Editores. Asunción- 1991.

ROSEN, George. De la Policía Médica a la Medicina Social. Editorial Siglo XXI. México

1986.

SAUMA, Pablo. La distribución del Ingreso en el Paraguay. Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables- Departamento de Investigaciones Socioeconómicas. Proyecto ATP/SF-2156-PR. Asunción- 1993.

SCHREINER, Jorge y MONGES, Fulvio. Ingresos y política económica, educación y empleo agropecuario en Paraguay. Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables- Departamento de Investigaciones Socioeconómicas. Proyecto ATP/SF-2156-PR. Asunción- 1993.

SCHVARTZMAN, Mauricio. Mito y Duelo. El discurso de la pre-transición a la democracia en el Paraguay. Base Investigaciones Sociales. Asunción- 1989.

SCHVARTZMAN, Mauricio. Contribuciones al conocimiento de la sociedad paraguaya. Centro Interdisciplinario de Derechos Sociales y Economía Política (CIDSEP), Universidad Católica. Asunción- 1989.

TETELBOIN, Carolina. Programa de Maestría en Medicina Social. Módulo III: Práctica Médica y Política Sanitaria. México- 1995.

TETELBOIN, Carolina. Neoliberalismo y Sistema de Salud . La experiencia chilena, 1973-1990. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales. Universidad Iberoamericana, México 1996.

VELASCO, Margarita. "Regímenes Políticos e Institucionalización de las Políticas Sociales" en Estado y Políticas Sociales en América Latina. Organizadora Fleury, Sonia. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. México- 1992.

VILAS, Carlos. Coordinador. Estado y Políticas Sociales después del ajuste. Debates y alternativas. Universidad Nacional Autónoma de México, Nueva Sociedad. Caracas, 1996.

DOCUMENTOS Y REVISTAS

ANUARIO ESTADISTICO DE AMERICA LATINA Y EL CARIBE. (CEPAL) Edición 1994, 1995. Naciones Unidas. Santiago 1995.

ANUARIO ESTADISTICO FINANCIERO INTERNACIONAL. Fondo Monetario Internacional. Washington 1995.

ALMIRON, Blásida. Asesoría Navarrete Marina. Proyecto: Descentralización y Regionalización de Cursos de Formación de Auxiliares de Enfermería en Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto Nacional de Salud. Asunción- 1994.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes.
Colección completa 1989. Enero 1989 Año III. No.38; Febrero 1989 Año IV No.39; Marzo 1989 Año IV No.40; Abril 1989 Año IV No.41; Mayo 1989 Año IV No.42; Junio 1989 Año IV No. 43; Julio 1989 Año IV No. 44; Agosto 1989 Año IV No. 45; Septiembre 1989 Año IV No. 46; Octubre 1989 Año IV No. 47; Octubre 1989 Año IV No. 48; Noviembre 1989 Año IV No. 47; Diciembre 1989 Año IV No.48.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes.
Colección Completa 1990. Enero 1990 Año V No. 51 Febrero 1990 Año V No. 52; V Año; Marzo 1990 Año V No.53; Abril 1990 Año V No.54; Mayo 1990 Año V No. 55; Junio 1990 Año V No. 56; Julio 1990 Año V No. 57; Agosto 1990 Año V No. 58; Septiembre 1990 Año V No. 59; Octubre 1990 Año V No. 60; Noviembre 1990 Año V No.61; Diciembre 1990 Año V No.62.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes.
Colección Completa 1991. Enero 1991 Año VI No.63; Febrero 1991 Año VI No. 64; Marzo 1991 Año VI No.65; Abril 1991 Año VI No.66; Mayo 1991 Año VI No. 67; Junio 1991 Año VI No. 68; Julio 1991 Año VI No. 69; Agosto 1991 Año VI No. 70; Septiembre 1991 Año VI No. 71; Octubre 1991 Año VI No. 72; Noviembre 1991 Año VI No.72; Diciembre 1991 Año VI No.73.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes.
Colección Completa 1992 Enero 1992 Año VII No.74; Febrero 1992 Año VII No. 75; Marzo 1992 Año VII No.76; Abril 1992 Año VII No.77; Mayo 1992 Año VII No. 78; Junio 1992 Año VII No. 79; Julio 1992 Año VII No. 80; Agosto 1992 Año VII No. 81; Septiembre 1992 Año VII No. 82; Octubre 1992 Año VII No. 83; Noviembre 1992 Año VII No.84; Diciembre 1992 Año VII No.85.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes.
Colección Completa 1993 Enero 1993 Año VIII No.86; Febrero 1993 Año VIII No. 87; Marzo 1993 Año VIII No.88; Abril 1993 Año VIII No 89; Mayo 1993 Año VIII No. 90; Junio 1993 Año VIII No. 91; Julio 1993 Año VIII No. 92; Agosto 1993 Año VIII No. 93; Septiembre 1993 Año VIII No. 94; Octubre 1993 Año VIII No. 95; Noviembre 1993 Año VIII No.96; Diciembre 1993 Año VIII No.96.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes.
Colección Completa 1994 Enero 1994 Año IX No.97; Febrero 1994 Año IX No.98;

Marzo 1994 Año IX No.99; Abril 1994 Año IX No.100; Mayo 1994 Año IX No. 101; Junio 1994 Año IX No. 102; Julio 1994 Año IX No. 103; Agosto 1994 Año IX No.104; Septiembre 1994 Año IX No. 105; Octubre 1994 Año IX No.106; Noviembre 1994 Año IX No.107; Diciembre 1994 Año IX No.108.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes. Colección Completa 1995 Enero 1995 Año X No.109; Febrero 1995 Año X No. 110; Marzo 1995 Año X No.111; Abril 1995 Año X No.111; Mayo 1995 Año X No. 112; Junio 1995 Año X No. 112; Julio 1995 Año X No. 113; Agosto 1995 Año X No. 114; Septiembre 1995 Año X No. 115; Octubre 1995 Año X No.116; Noviembre 1995 Año X No.117; Diciembre 1995 Año X No.118.

BASE ECTA (Educación, Comunicación, Tecnología Alternativa). Servicio de Consultoría Informativa. Revista Análisis del mes. Abril 1996. Año XI No.122.

CAMARA DE DIPUTADOS. Comisión de Salud Pública. "Proyecto de Ley: Sistema Nacional de Salud". Asunción 1995.

CENTRO PARAGUAYO PARA LA PROMOCION DE LA LIBERTAD ECONOMICA Y DE LA JUSTICIA SOCIAL (CEPRO). "Propuesta de Política Económica -Política Social". Asunción 1993.

CENTRO DE ECONOMIA INTERNACIONAL. Proyecto PNUD 87. MERCOSUR: Un desafío. República Argentina, Ministerio de Relaciones Exteriores, comercio Internacional y Culto. 1992

CONSTITUCION NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL PARAGUAY. Asunción 1967.

CONSTITUCION NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL PARAGUAY. Asunción- 1992.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD. "La Política Nacional de salud, Plan Nacional de Salud". Paraguay 1991-1993. Asunción 1991.

CLACSO, UNESCO, BASE-IS, CADEP, CPES Y FUNDACION INTERAMERICANA. "Informe de Diálogo preparatorio: cumbre mundial sobre desarrollo social". Asunción 1994.

FNUAP, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe de Revisión de programa y desarrollo de estrategias. New York 1993.

FUNDACION PARA LA SALUD Y DESARROLLO SOCIAL (FUNSADES). "Propuesta sobre el Sistema Nacional de Salud en el Paraguay". Asunción 1995.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. UNICEF. "Programa Nacional de Salud Materno Infantil". Asunción 1991.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. "Plan de acciones Inmediatas en Salud". Asunción 1989.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. "Paraguay: Realidades y perspectivas en la salud". Asunción 1992.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. "Propuesta de Plan de Acción de los Servicios de Salud mediante la implementación y desarrollo de los Sistemas de Administración Estratégica Local en la República del Paraguay". Reunión internacional de evaluación de los SILOS. S. Bernardino 1991.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. "Código Sanitario". Ley No. 836/80. Asunción 1980.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. "Perfil del Anteproyecto de Ley que crea el Seguro Médico Nacional (SEGMENA)". Asunción 1995.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. "hacia un sistema nacional de salud". memoria 1994. Asunción 1994.

MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES, FLACSO. Mujeres Latinoamericanas en Cifras. Paraguay. Santiago 1993.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD "Las condiciones de salud en las Américas. Paraguay . Edición de 1990.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. "Algunas conceptualizaciones sobre el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud del pueblo paraguayo". Asunción 1993.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, Secretaría técnica de Planificación. Dirección General de estadística, encuestas y censos. "Anuario Estadístico". Asunción 1994.

SECRETARIA TECNICA DE PLANIFICACION, Síntesis del Diagnóstico -AREA SOCIAL. Dirección de Políticas Económicas y Sociales. Departamento de Programación y Proyectos Sociales (fotocopia) Asunción- 1994.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Secretaría Técnica de Planificación. "Plan de Desarrollo Económico y Social- 1990". Asunción 1990.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Secretaría Técnica de Planificación. "Plan de Desarrollo Económico y Social 1985-1989". Asunción 1985.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Secretaría Técnica de Planificación. "Lineamientos del Programa de Desarrollo Social y Económico 1994-1998". Asunción 19: 4.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Secretaría Técnica de Planificación. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Censo Nacional de Población y Viviendas 1992 (cifras provisorias), Asunción 1992.

RADDA BARNEN, Unicef, Unfpa, OPS, MSP y BS. Informe del Curso taller Promoción Social de la Salud en Sectores Populares. Ypacaraí- 1991.

RODRIGUEZ, Ceferino. Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia de la República. "Hacia la descentralización departamental del Paraguay". Asunción 1993.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD. Historia de la Salud. Reseña Histórica 1982-1988. Tomo I. México 1988.

UNICEF, Paraguay - PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Cumpliendo la promesa. Hacia las mejoras del plan nacional de acción. Por la Infancia. Asunción 1996.