

DERECHO A LA SALUD

ELYENNYKHA EGYEMPE'EK, EKHA EKYANMAGA PEYK KATNEHEK¹



Si el enfoque de la reforma o la transformación del sistema de salud se fundamenta solo en la relación costo-beneficio, el paradigma se encamina silenciosamente hacia el negocio de la salud. La agenda empresarial no tiene en cuenta la relación causal entre la salud y la desigualdad. En Paraguay, la justicia social exige crear una política de salud universal, con todos los derechos para todas las personas, y cuestionar el enfoque mercantilista que quiere instalarse por encima del derecho a la salud, la calidad y la dignidad de la vida.

Mariluz Martín Martínez

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL Y SALUD COLECTIVA (ALAMES)

MOVIMIENTO POR EL DERECHO A LA SALUD "MARÍA RIVAROLA"

¹ *Salud, un camino hacia la mercantilización* (traducido al idioma enxet sur por Remigio Romero).

INTRODUCCIÓN

¿Qué es el derecho a la salud?

Nosotras necesitamos tierra para cultivar para producir los alimentos que después vamos a comer, y necesitamos que estos alimentos no tengan veneno (agrotóxicos). Por eso, necesitamos despertar más a nuestro pueblo para que se pueda defender y lograr que tengamos políticas públicas que defiendan la vida. Necesitamos hospitales públicos que tengan el equipamiento necesario y profesionales que sepan tratar las enfermedades, que te traten bien, y las mujeres necesitamos tener espacios donde podamos expresar nuestra necesidad y todo esto sea posible (Mujeres campesinas, integrantes del Movimiento por el Derecho a la Salud “María Rivarola”, Capiibary, 2019).

Este informe recoge solo algunos aspectos relacionados al derecho a la salud, principalmente aquellos vinculados a las acciones y omisiones del Estado en el 2019 con respecto al paradigma de la salud pública. Particularmente, los relacionados a la inversión y al financiamiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)², a la institucionalidad y a la calidad de los servicios públicos, a la incidencia poblacional de enfermedades como el cáncer, un problema cada vez más observado de salud pública a nivel mundial, y a nivel regional por ser tercera causa de muerte. Asimismo, enfatiza en algunas de las violencias del propio sistema de salud hacia las mujeres, generadas por las barreras culturales, económicas, territoriales, y étnicas. También se dan pinceladas de los pasos que sigue el Gobierno hacia la profundización de un nuevo paradigma de la salud, sustentado en el enfoque de la protección financiera y la focalización frente a la universalidad del derecho.

MARCO JURÍDICO

DERECHO A LA SALUD: MÁS QUE UNA DECLARACIÓN DE NECESIDADES

El derecho humano a la salud es inherente a la persona y, como tal, debe ser protegido y promovido para todas las personas sin distinción alguna. Rige irrestrictamente el principio de universalidad y no discriminación, y es interdependiente e indivisible de los otros derechos, particularmente del derecho a la vida digna.

Desde que fuera enunciado por primera vez en 1948, el concepto de derecho a la salud ha ido evolucionando desde un enfoque únicamente biomédico, a un concepto mucho más integral que incorpora otras dimensiones, entre

2 Una limitación de este artículo es que el IPS requeriría ser contemplado de manera más amplia y específica en el análisis, por ser un subsector (mixto) muy relevante dentro del Sistema Nacional de Salud.

ellas, la psicológica, la histórica, la ambiental y la social. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como ausencia de enfermedades³”. Además, la OMS referenció que este derecho supone que toda persona es dueña de su salud y de su cuerpo, reflejando la importancia del desarrollo de la autonomía y la libertad para su disfrute pleno.

El derecho a la salud, así como los otros derechos humanos, no es una declaración de necesidades, sino que es una exigencia de las personas y las sociedades en distintos momentos de la historia. Al Estado se le atribuye el rol y la obligación explícita de garantizar su concreción a través de políticas públicas.

NORMAS INTERNACIONALES

El marco normativo a nivel internacional protege profusamente la salud universal. Al respecto, es importante mencionar el avance que ha significado la Observación General N.º 36⁴ sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobada el 30 de octubre de 2018. En ella se reconoce el deber de los Estados de proteger la vida como una obligación positiva. Esto implica adoptar medidas adecuadas para abordar las condiciones generales en la sociedad que podrían terminar por suponer amenazas directas a esta o impedir a las personas disfrutar de su derecho a la vida con dignidad. Entre las medidas requeridas para asegurar unas condiciones adecuadas está la toma de medidas a corto plazo destinadas a garantizar el acceso de las personas a bienes y servicios esenciales como: la alimentación, el agua, el cobijo, la atención de la salud, la electricidad y el saneamiento. Igualmente, medidas a largo plazo destinadas a promover y propiciar unas condiciones generales adecuadas como: el fortalecimiento de servicios de salud eficaces en casos de emergencia y operaciones de respuesta a emergencias. Por todo lo expuesto, el derecho a la salud y la atención universal es central para vivir con dignidad.

LEGISLACIÓN PARAGUAYA

En 1992, la Constitución reconoció el derecho a la salud y estableció las bases para la creación de un sistema universal, explicitando la necesidad y, por tanto, la obligación del Estado de remover las estructuras que hacen a la desigualdad social. La Ley N.º 1032/96, a partir de la cual se crea el Sistema

3 Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, que entró en vigor el 7 de abril de 1948. *Official Records of the World Health Organization*, N.º 2, p. 100.

4 Disponible en https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GCArticle6/GCArticle6_SP.pdf.

Nacional de Salud (SNS), garantiza la plena vigencia del derecho a la salud de toda la población, sin discriminaciones de ningún tipo, mediante la obligación de realizar acciones concretas y políticas públicas basadas en los enfoques de integralidad y universalidad.

En este marco, durante el 2019 se aprobaron nuevas normas y directrices que afectan al marco jurídico del derecho a la salud. En su mayoría, estas están referidas al cáncer como problema de salud pública y segunda causa de muerte en el país⁵.

Normas relacionadas al cáncer

LEY N.º 6266/18 “DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON CÁNCER”⁶. Una ley necesaria que desde el 2017 se ha venido observando en este informe. La norma presenta algunas limitaciones con respecto al paradigma de la promoción de la salud así como a la prevención, ya que, esencialmente, el foco está en el tratamiento de la enfermedad⁷. Así también, se aprobó el Decreto reglamentario N.º 2064/19 que arbitra las medidas para su implementación inmediata.

LEY N.º 6280/19 “QUE CREA EL PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA Y COLON”⁸. La particularidad de esta ley es que es un programa dirigido a la atención de hombres de una determinada franja etaria y que se consigna el carácter gratuito.

LEY N.º 6211/19 “QUE MODIFICA EL PRIMER ARTÍCULO DE LA LEY N.º 3803/09”⁹. Otorga licencia remunerada de dos días a cualquier trabajadora para que se realice las pruebas de papanicolau y mamografía, con el fin de detectar precozmente cáncer de cuello uterino¹⁰ y de mama¹¹, respectivamente.

5 Durante 2018 se registraron 11.244 nuevos diagnósticos de cáncer. Disponible en <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/600-paraguay-fact-sheets.pdf>.

6 Disponible en <http://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8708/ley-n-6266-de-atencion-integral-a-las-personas-con-cancer>.

7 Cfr. Martín Martínez, M. (2018). En el Informe 2018 se observó que la ley aún en tratamiento en el Poder Legislativo ponía todo el énfasis en el tratamiento, y que la promoción de la salud y la prevención del cáncer ocupaban un lugar secundario con escasa garantía de cumplimiento, limitando las posibilidades de generar las condiciones para prevenir la enfermedad.

8 Disponible en <http://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8690/ley-n-6280-crea-el-programa-nacional-de-prevencion-deteccion-precoc-y-tratamiento-del-cancer-de-prostata-y-colon>.

9 Disponible en <http://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8937/ley-n-6211-modifica-el-articulo-1-de-la-ley-n-38032009-que-otorga-licencia-a-trabajadoras-para-someterse-a-exámenes-de-papanicolau-y-mamografía>.

10 En el 2018 se registraron 1.033 nuevos diagnósticos de cáncer de cuello uterino.

11 Durante 2018 se registraron 1.616 nuevos diagnósticos de cáncer de mama en mujeres.

Norma que cambia el paradigma de la donación de órganos

Paraguay aprobó una normativa que cambia el paradigma de donación de órganos para trasplantes, sumándose a otros países de la región que hace años lo implementan. Se trata del Decreto N.º 2162/19¹², por el cual se reglamentan las Leyes N.º 1246/98, “De trasplantes de órganos y tejidos anatómicos humanos”, la N.º 6170/18, “Que modifica varios artículos de la Ley N.º 1246/98 de trasplantes de órganos y tejidos anatómicos humanos” y la Ley N.º 4758/12, “Que crea el Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (Fonacide), y el Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación (FEEI)” y su modificatoria Ley N.º 6069/18. La llamada “Ley Anita”¹³ será un paso cuantitativo importante en la donación de órganos, ya que establece que toda persona mayor de 18 años es potencial donante de órganos en caso de muerte inesperada, salvo incompatibilidades o manifestación de oposición. Esto último debe consignarse por escrito (de forma gratuita), al momento de renovar la cédula de identidad y el registro de conducir.

SITUACIÓN DEL DERECHO

INVERSIÓN EN SALUD. ¿DESFINANCIAMIENTO PROGRESIVO?

La lógica presupuestaria continúa siendo la misma de los años anteriores. Como puede apreciarse en el Cuadro 1, el Presupuesto General de Gastos 2019 del MSPyBS aumentó un 15% con respecto al de 2018, incremento que sigue siendo insuficiente para hacer frente a las necesidades de la población y para cumplir las recomendaciones de varios organismos internacionales¹⁴ que proponen incrementar significativamente (mínimo al 6% del PIB) el presupuesto para salud pública¹⁵.

Paraguay sigue estando en la cola de la región, ya que es el país que menos inversión realiza con recursos públicos (entre 3% y 4% del PIB¹⁶). Si bien se ha realizado un pequeño incremento, este no es representativo para considerarlo como financiamiento progresivo¹⁷, según lo estipulado en el Decreto N.º

12 Disponible en https://www.presidencia.gov.py/archivos/documentos/DECRETO2162_th247hmd.PDF.

13 Última Hora, 24 de julio de 2019. Disponible en <https://www.ultimahora.com/mario-abdo-promulga-decreto-reglamentario-la-ley-anita-n2833718.html>.

14 Organización Panamericana de la Salud (2019). “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS.

15 El gasto público en salud debe ser de alrededor del 6% del PIB. Hay países que tienen una mayor calidad en el gasto, como el caso de Costa Rica y Cuba, que sostienen Sistemas Universales de Salud y que, con menor inversión, obtienen excelentes resultados epidemiológicos. *Revista Soberanía Sanitaria*. Septiembre 2018.

16 Disponible en <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/paraguay>.

17 La progresividad es un concepto que ha permitido a los Gobiernos decidir arbitrariamente sobre la inversión en las políticas sociales, ya que no se establecen cuáles son los parámetros comparativos que permitan medir si realmente se está dando el progreso adecuado para cumplir con los derechos de un año al siguiente.

4541/15 de la Política Nacional de Salud, cuyo objeto es garantizar el derecho a la salud para todas las personas.

Esta decisión política de no incrementar la inversión pública se denomina desfinanciamiento progresivo, y se refiere al acto deliberado de sostener un presupuesto insuficiente para hacer frente a la demanda poblacional en salud. Como consecuencia, se producen escasas mejoras en los servicios, y se traduce incluso en peores condiciones y mayores barreras para el acceso a la salud. Todo esto genera una percepción poblacional de ineficiencia del Estado para la provisión de servicios y bienes comunes¹⁸.

Cuadro 1. Presupuesto anual y ejecución presupuestaria 2013-2019

Año	Presupuestado	Ejecutado
2013	3.967.853.783.044	71,8%
2014	4.500.049.796.127	77%
2015	4.608.943.681.953	84%
2016	4.560.995.979.202	84%
2017	4.574.797.097.806	86%
2018	4.819.996.500.338	92%
2019	5.623.663.526.932	En proceso.

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera, Ministerio de Hacienda.

¿NO HAY RECURSOS PARA SALUD? REFORMA TRIBUTARIA SIN JUSTICIA TRIBUTARIA

Dentro de la lógica de las reformas de Estado, este año se aprobó la reforma tributaria a través de la Ley N.º 6380 “De modernización y simplificación tributaria”, que modificó e incrementó levemente algunos impuestos. No obstante, según algunos expertos, su impacto en la recaudación pública solo aumentará globalmente en un 1%, aunque esta estimación aún es vaga. El impuesto que sigue teniendo la mayor carga recaudatoria es el IVA, que nos aleja de los principios de justicia tributaria, ya que es un impuesto directo, regresivo e injusto para la mayor parte de la población. El IVA recae en el consumidor final, y como no tiene en cuenta los ingresos de las personas, termina afectando principalmente a las clases que se encuentran en los percentiles económicos más desfavorecidos.

¹⁸ Según el Informe Latinobarómetro de 2018, la población paraguaya considera que la salud es el tercer problema más importante del país.

Además, la reforma no tuvo en cuenta las solicitudes realizadas insistentemente por el MSPyBS y la sociedad civil¹⁹, respecto del incremento sustancial de los impuestos considerados de mayor impacto para la salud. Por ejemplo, el tabaco²⁰ –que produce un promedio de 3.300 muertes por año– actualmente solo tiene un impuesto al valor en fábrica sobre las cajetillas del 18%. Sin embargo, mientras que el gasto que salud pública destina a los efectos producidos por enfermedades asociadas al tabaquismo asciende a 1,5 billones de guaraníes al año, solamente recauda con el impuesto el 20% de este gasto. Igualmente, en la reforma, el impuesto al alcohol ha tenido un cierto ajuste para las bebidas con gradación alcohólica de entre 0,5 y 10%, que anteriormente pagaban una tasa máxima de entre el 5% y 7% y ahora pagarán una máxima de 10%. Las bebidas azucaradas pagaban una tasa máxima de 5% y ahora será del 6%²¹.

LA GRATUIDAD SE DESDIBUJA SIN INVERSIÓN Y SE SOSTIENEN SOLUCIONES DE MERCADO

En el contexto de una ordenación tributaria de bajo impacto recaudatorio, agravada por una crisis incipiente de la economía que disminuirá los ingresos estatales, surge la propuesta de reforma del sistema de salud para conseguir la cobertura universal (promovida por el Banco Mundial, Fundación Rockefeller y la OMS/OPS)²². Dicha reforma tiene también por objetivo “ordenar y modernizar el Estado”, cambiando el sistema de financiamiento a través de las lógicas de las alianzas público-privadas.

La propuesta es crear un sistema basado en coberturas de salud, es decir en planes de beneficios de salud específicos (paquetes preestablecidos sobre las enfermedades que están cubiertas y las prestaciones que incluyen, así como las poblaciones que están cubiertas, y lo que no está cubierto en el paquete hay que pagarlo aparte, como en las empresas de medicina prepaga) y reestructuraciones de la provisión de servicios, que incluyen el subsidio a las empresas prepaga para que provean dichos paquetes a la población.

19 Cfr. Martín Martínez, M. (2018).

20 El Convenio marco de control de tabaco de la OMS, que fue ratificado por Paraguay, prohíbe que la industria tabacalera sea parte de las negociaciones de regulaciones que la afecten. En la reforma tributaria se violó el convenio, ya que fueron un actor central en las negociaciones.

21 Tasas máximas con la reforma: bebidas energizantes con azúcar y demás bebidas envasadas con azúcar o edulcorante calórico desde 15,1 gramos hasta 25 gramos por cada 200 cm³ (5%). Bebidas desde 25,1 gramos por cada 200 cm³ (6%).

22 OPS/OMS, 12 de diciembre de 2014. Disponible en <https://bit.ly/2Cq31Dv>.

AVANCES Y RETROCESOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS)²³

Durante el 2019 se registraron algunos avances en el fortalecimiento de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Se han equipado diversas Unidades de Salud de la Familia (USF)²⁴, y se proyecta cerrar el año con 40 USF nuevas²⁵. Esto contribuirá a disminuir la brecha existente entre las 804 (a diciembre del 2018) y las 1.800 proyectadas para alcanzar una cobertura óptima a nivel país. No obstante, este crecimiento es muy limitado, si se tiene en cuenta que en el año 2010 lograron inaugurarse 326 USF con un poco menos del presupuesto actual. Con esta proyección anual, se tardará alrededor de dos décadas en llegar al objetivo.

Se realizó el llamado a concurso para 877²⁶ vacancias de personal de salud para completar las 411 USF que se encontraban incompletas. Se tomaron algunas acciones para desprestigiar al personal médico a través del presupuesto, ya que anteriormente tenían contratos temporales. Asimismo, se mejoró la forma de pago y el salario (aunque aún persiste una diferencia del 15% con respecto al personal médico en los hospitales), con el fin de ir revirtiendo la concentración de este sector en el departamento Central, que asciende al 64,5% del total país²⁷.

Queda aún pendiente rever la situación de profesionales con contratos temporales e inestabilidad laboral. Esto porque, además de los derechos laborales y su impacto en la atención de la ciudadanía, se observa que, en épocas preelectorales, la precarización laboral agudiza la partidización clientelar e incluso se desarrollan desde el sistema salud campañas políticas y prebendarias. En ese sentido, en el 2019 se han realizado atenciones poblacionales focalizadas con las clínicas móviles en zonas que ya están cubiertas por las USF, con reparto de medicamentos y otras actividades que no parecen ser una respuesta racional de la estrategia de APS. Es así que, teniendo en cuenta que en el 2020 habrá elecciones, es importante la vigilancia social para evitar usos prebendarios de los servicios de salud.

23 La red pública de servicios para la atención comunitaria y la atención primaria de salud (sin internación) está conformada por 97 centros de salud, 378 puestos de salud, 804 USF y 53 dispensarios. *Plan de Acción Nacional en Población y Desarrollo 2018-2019*.

24 Tal como define el MSPyBS: "La Unidad de Salud de la Familia es la estructura física donde trabaja un equipo de salud de la familia compuesto por un médico, una licenciada en enfermería u obstetricia, acompañados de un auxiliar o técnico en enfermería u obstetricia y agentes comunitarios". Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/portal/18842/en-paraguay-contamos-con-cuatro-tipos-de-unidades-de-salud-de-la-familia-ixelxconocelos.html>.

25 Proyecto PGN 2019.

26 MSPyBS, 16 de agosto de 2019. Disponible en <https://www.mspbs.gov.py/portal/19191/segundo-llamado-a-concurso-lograra-cobertura-del-100-del-personal-de-las-usf.html>.

27 STP (2018). *Plan de Acción Nacional en Población y Desarrollo 2018-2019*.

Atención especializada y la brecha en terapia intensiva

En atención médica especializada en el MSPyBS se disponen de 70 hospitales (17 son de referencia regional, 37 distritales, 2 generales, 4 especializados, 10 materno infantiles) y 11 centros especializados. La mayor parte de la atención especializada se concentra en la zona central del país, lo que genera una inequidad territorial y unas barreras de acceso que coadyuvan con la insuficiente infraestructura en transporte y la falta de camas para internación y terapia.

En cuanto a terapia intensiva, durante el 2019 se aumentó la capacidad de internación con 20 camas nuevas hasta la fecha de presentación de este informe y con proyección de terminar el año con 27 camas más²⁸. Actualmente, a nivel país, hay un total de 281 camas de terapia, de las cuales 152 son para adultos, 46 pediátricas y 83 neonatales. Es importante mencionar que las camas de terapia requieren, igualmente, de una inversión suficiente en equipamientos e infraestructura, personal especializado. En cuanto a esto último, en el país no existe suficiente personal, ya que solo hay 500 terapeutas y solo un promedio de 4 residentes eligen esta especialidad anualmente²⁹. Según la OMS, la brecha aún existente para cubrir las necesidades es de prácticamente el 50%, puesto que al menos tendrían que estar disponibles 700 camas para terapia. En el 2019 se registraron varias muertes de conocimiento público por falta de terapia intensiva³⁰.

CÁNCER COMO SEGUNDA CAUSA DE MUERTE EN PARAGUAY, Y EL PARADIGMA DE LA ENFERMEDAD COMO NEGOCIO

Según el informe de Indicadores Básicos de Salud 2018 del MSPyBS, los tumores siguen siendo la segunda causa de muerte en el país. Como se mencionó en el marco jurídico, durante el 2019 se aprobaron diversas propuestas normativas para facilitar la detección precoz del cáncer de cuello uterino, de mamas, de próstata y de colon. Esto constituye un avance para el reconocimiento oportuno de la enfermedad y, por tanto, para el incremento de la tasa de éxito en el tratamiento posterior.

La Ley N.º 6266/18, que finalmente quedó aprobada como de “Atención integral a las personas con cáncer”, junto con su decreto reglamentario, a pesar

28 MSPyBS, 14 de junio de 2019. Disponible en <https://www.msps.gov.py/portal/18623/gobierno-habilito-16-camas-de-terapia-y-la-meta-es-sumar-otras-27-este-antildeo.html>.

29 Al respecto, ver declaraciones de la Dra. Leticia Pinto, de la Dirección de Terapias y Servicios de Urgencias Hospitalarias (Tesuh) del Ministerio de Salud. Disponible en <https://www.ultimohora.com/hay-escasez-enfermeras-y-medicos-expertos-terapia-n2827930.html>.

30 La Nación, 16 de octubre de 2019. Disponible en <https://www.lanacion.com.py/pais/2019/10/16/recien-nacido-murio-por-falta-de-terapia/>. / Última Hora, 17 de julio de 2019. Disponible en <https://www.ultimohora.com/hombre-fallece-esperando-cama-terapia-intensiva-paraguari-n2832300.html>. / Última Hora, 22 de junio de 2019. Disponible en <https://www.ultimohora.com/mujer-down-fallece-medio-deficit-camas-terapia-intensiva-n2827258.html>. / Extra, 6 de junio de 2019. Disponible en <https://www.extra.com.py/actualidad/otra-muerte-la-falta-terapia-intensiva-n2823991.html>. / Paraguay.com, 7 de junio de 2019. Disponible en <http://www.paraguay.com/nacionales/murio-a-los-37-anos-porque-no-habia-terapia-intensiva-189243>. / Extra, 13 de mayo de 2019. Disponible en <https://www.extra.com.py/actualidad/recien-nacida-murio-falta-terapia-intensiva-n2819088.html>.

de la recomendación realizada en el Informe 2018³¹, pone casi todo el énfasis en el tratamiento, otorgando a la promoción de la salud y a la prevención del cáncer un lugar secundario. Así, las únicas medidas visibles sobre la prevención son: desde el Instituto Nacional del Cáncer (Incan), la parte diagnóstica e, interinstitucionalmente, la introducción progresiva a partir del año 2020 de contenidos específicos referentes a la prevención y detección precoz del cáncer como parte de los programas educativos del Ministerio de Educación y Ciencias (MEC). Sin embargo, el decreto reglamentario no regula el artículo de la ley relacionado a los determinantes sociales que requieren de una necesaria regulación y un control de factores de riesgo asociados al cáncer, referentes al estilo de vida, influencias ambientales, uso de químicos, fuentes de radiación ionizantes y otros.

Por lo tanto, si bien existe una relación avalada científicamente entre el cáncer³² y el uso intensivo de agrotóxicos³³, la contaminación de los ríos, las tierras y el aire, así como el ultraprocesamiento de los alimentos³⁴, y que a pesar de que el Decreto N.º 4541/15 “Por el cual se aprobó la Política Nacional de Salud 2015-2030”, enfatiza la necesidad de hacerles frente a los determinantes sociales para alcanzar el derecho a la salud, lo cierto es que sigue enunciándose sin realmente darle contenido normativo que se refleje en acciones concretas de prevención y promoción.

Los biosimilares. Guerra farmacéutica y judicialización de la salud

En marzo de 2018, el Instituto de Previsión Social (IPS) compró un medicamento³⁵ biosimilar³⁶ denominado bevacizumab³⁷ a la empresa Laboratorios

31 Cfr. Martín Martínez, M. (2018).

32 OPS/OMS (2015). Disponible en <https://bit.ly/2WSYS4l>.

33 Leite, S. B. et al. (2019).

34 OPS/OMS (2014). *Consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: Tendencias, impacto en obesidad e implicaciones de política pública*. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7698>.

35 Última Hora, 21 de marzo de 2018. Disponible en <https://www.ultimahora.com/medicos-dicen-no-biosimilar-n1139103.html>. / ABC Color, 30 de abril de 2018. Disponible en <https://www.abc.com.py/nacionales/medicos-no-quieren-dar-receta-bajo-revolver-1698363.html>. / ABC Color, 5 de mayo de 2018. Disponible en <https://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/se-soluciono-conflicto-con-oncologos-del-incan-1699953.html>. / La Nación, 8 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.lanacion.com.py/investigacion/2019/05/08/ips-compra-remedios-oncologicos-por-us-75-millones-y-no-los-usa/>. / ABC Color, 13 de mayo de 2018. Disponible en <https://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/critican-objetividad-de-charla-sobre-biosimilares-1702311.html>. / Radio Nanduti, 29 de mayo de 2018. Disponible en <http://www.nanduti.com.py/2018/05/29/medicamentos-oncologicos-biosimilares-utilizados-para-guay-llagan-ee-uu/>. / Cancer.org. Disponible en <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/terapia-dirigida-para-el-cancer-de-seno.html>. / ABC Color, 22 de febrero de 2019. Disponible en <https://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/amparo-40-pacientes-no-van-a-usar-biosimilares-1789060.html>. / Radio Monumental, 23 de noviembre de 2018. Disponible en <https://monumental.com.py/va-con-onda/23/11/2018/oncologia-genericos-biosimilares/>. / Dirección Nacional de Contrataciones Públicas (DNCP). Disponible en <https://www.contrataciones.gov.py/licitaciones/adjudicacion/350944-lpn-sbe-121-18-adquisicion-medicamento-bevacizumab-asegurados-ips-1/resumen-adjudicacion.html>. / ABC Color, 16 de enero de 2019. Disponible en <https://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/ips-ratifica-compra-de-biosimilares-1778026.html>. / ABC Color, 17 de abril de 2019. Disponible en <https://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/fallecio-otra-persona-con-cancer-sin-su-medicina-1805063.html>.

36 Un biosimilar es un medicamento de origen biotecnológico, producido de acuerdo a exigencias específicas establecidas por la Agencia Europea del Medicamento, referidas a calidad, eficacia y seguridad, y que ha demostrado ser comparable al medicamento innovador de referencia, una vez que la patente ha expirado.

37 Este medicamento se utiliza para el tratamiento del cáncer colorrectal y un tipo de cáncer de pulmón en primera línea.

Éticos, por valor de G. 46.599.997.600 (unos 7,5 millones de dólares, al cambio actual). En esta licitación se había presentado también Casa Boller, representante de la multinacional Roche, que había ofertado el medicamento original en G. 59.007.000.000 (USD 9,4 millones). Esta empresa había sido, durante años, el único oferente en el país. Desde ese momento, se produjo una puja entre ambas empresas farmacéuticas que llevó a un conflicto en el que intervinieron diversos actores, tanto privados como públicos.

De marzo a julio de 2018, se dio a conocer en los medios de prensa que los médicos del Incan se negaban a prescribir el biosimilar adquirido por licitación por supuesta falta de documentos respaldatorios, mientras que en el Hospital de Clínicas este medicamento se utilizaba sin inconvenientes. Finalmente, se resolvió el conflicto y los médicos del Incan comenzaron a prescribir el biosimilar.

El 9 de mayo de 2018 se publicó una noticia sobre la Sociedad Paraguaya de Oncología Médica (SPOM), en ocasión de la realización de un taller para “aclarar dudas sobre biosimilares”, donde se condenaba su uso. Las autoridades del MSPyBS anunciaron que no asistirían por sospechas de que la SPOM estaría con una posición en contra de los biosimilares debido a alianzas comerciales y no por convicción.

De octubre a noviembre de 2018, el IPS llamó a licitación para la provisión de bevacizumab. Se presentaron dos laboratorios: Bioéticos y Casa Boller/Roche. La primera empresa fue adjudicada por mejor precio.

Desde noviembre y durante todo el 2019, se produjeron protestas por parte de usuarios/as con diagnóstico oncológico, entre ellas de la organización Amacma (Asociación de Mujeres de Apoyo contra el Cáncer de Mama) por la adquisición del biosimilar en IPS. Lira Giménez, presidenta de Amacma, criticó públicamente la política del IPS con relación a la sustitución del fármaco original por un biosimilar. “Se aprobó la licitación pese a la recomendación médica y del propio ministro de Salud, Julio Mazzoleni, de no modificar estos medicamentos”, afirmó. Sobre la política de IPS sostuvo que era “realmente vergonzosa. Nunca antes la administración había desoído la opinión del médico del IPS”³⁸. Igualmente, IPS ratificó la compra de biosimilares, pero los médicos se negaron a prescribir la droga.

Finalmente, los asegurados de IPS presentaron amparos judiciales para acceder al medicamento original, promovidos por una parte del personal médico, pues habían obtenido la información médica de que el medicamento biosimilar era de peor calidad y que los mataría.

38 La Nación, 22 de febrero de 2019. Disponible en <https://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/amparo-40-pacientes-no-van-a-usar-biosimilares-1789060.html>.

El Poder Judicial otorgó los primeros amparos, lo que creó la jurisprudencia para los siguientes casos, aunque algunos no llegaron a resolverse en tiempo.

Con su accionar, el Poder Judicial coadyuvó a producir una situación de diferenciación en el acceso, ya que se aprobaron algunos amparos, pero no hubo resolución en tiempo en los otros. Además, contribuyó a crear un imaginario de calidad del tratamiento del medicamento original, no basado en criterios médicos.

En abril de 2019, fallecieron sin haber recibido tratamiento el artista paraguayo López Simón y Ester Verón, que habían interpuesto un recurso de amparo para que el Instituto de Previsión Social les proveyera el medicamento original.

En esta guerra farmacéutica, con la corresponsabilidad (en diferentes dimensiones) del MSPyBS, del IPS, del personal médico y del Poder Judicial, se generó una vulneración masiva del derecho a la salud de las personas afectadas, por el retraso en recibir tratamiento, por no recibirlo en algunos casos, y para las personas afectadas y sus familias, particularmente, por el embate a su salud mental.

BARRERAS DE ACCESO QUE SE TRADUCEN EN VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Violencia obstétrica. Tenemos ley pero seguimos con la deuda

Tras la aprobación de la Ley de Protección integral a las mujeres contra toda forma de violencia, Ley N.º 5777/16, se solicitó dar cumplimiento al Decreto reglamentario N.º 6973/17, por el cual el MSPyBS debía crear (en 6 meses) un protocolo de denuncia y atención en casos de violencia obstétrica y presentarlo al Ministerio de la Mujer durante el 2018. A pesar de la recomendación al respecto en los dos últimos Informes (2017-2018³⁹), esta obligación sigue en incumplimiento, por lo que se han seguido dando casos de violencia con impunidad, que suponen riesgos graves para la vida y la salud de las mujeres.

F. A. SOSA. 18 AÑOS. SALA DE PARTO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTANÍ⁴⁰. La mujer ingresó al hospital con un cuadro de presión alta, rotura de bolsa, un embarazo de 28 semanas y un neonato de 1.200 g de peso. El médico de guardia le quiso dar el alta y le pidió que se fuera por sus propios medios a un hospital de Asunción porque su cuadro requería de atención inmediata y, ante el inminente nacimiento prematuro de su bebé, se requería de unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La familia no tenía recursos y estuvo durante horas pidiendo ayuda a personas de referencia de su comunidad, entre ellas, el médico que la había derivado desde el puesto de salud, que ayu-

39 Cfr. Martín Martínez, M. (2017). Cfr. Martín Martínez, M. (2018).

40 Entrevista a militantes del Movimiento por el Derecho a la Salud "María Rivarola", octubre de 2019.

daron llamando a hospitales de toda Asunción (San Pablo, Clínicas, Barrio Obrero), pero no había camas de terapia neonatal. Mujeres organizadas del Movimiento “María Rivarola” realizaron una protesta ante las autoridades del MSPyBS y consiguieron que el hospital de Santaní se responsabilizara de F. A. Sosa y de su estado, dejándola internada bajo observación permanente hasta su estabilización y posterior derivación. Finalmente, se consiguió estabilizarla, pero no se pudo realizar la derivación y, con la incertidumbre sobre su pronóstico y el de su bebé, permaneció durante días en el hospital, donde después se realizó el parto. Si bien esta vez no hubo fallecimientos que lamentar por la intervención de un movimiento social organizado, la violencia obstétrica y el sufrimiento emocional que ella, su joven pareja y familia sufrieron, requieren de la observancia inmediata del Estado en el cumplimiento de las normativas contra la violencia y del acceso universal a la salud.

CONCLUSIONES

En los últimos años, en Paraguay se han multiplicado los estudios de actores públicos y privados, nacionales e internacionales –fundamentalmente la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial⁴¹– sobre el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico⁴² en el sistema de salud. Esto ha dado lugar a voces expertas (no todas), que están desarrollando una reforma de salud (o transformación) que tiene como protagonistas al Banco Mundial y al Ministerio de Hacienda y como institución invitada al MSPyBS.

El modelo de financiamiento de la cobertura universal, según las experiencias empíricas, ha generado reacciones sociales en distintos países de la región por afectar y socavar los principios del derecho a la salud⁴³, particu-

41 Banco Mundial, Paraguay (2018). *Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud*. Disponible en <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/35852154265662517/pdf/Salud.pdf>.

42 Los gastos de bolsillo en salud (GBS) engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente, se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Los gastos catastróficos (GCS) por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago, y que en muchas ocasiones puede ocasionar a las familias pasar a la pobreza e incluso a la extrema pobreza. En Paraguay, el gasto de bolsillo representa el 49,3% del gasto total, los pagos por seguros de medicina prepaga el 4,6%, los recursos de la asistencia para el desarrollo 0,6% y el gasto público es del 45,6%. Giménez, E. et al. (2018).

43 Argentina: “Pacientes, organizaciones sociales y trabajadores del sector de Salud se manifestaron en las calles de Buenos Aires (capital) contra la eliminación del Ministerio, contra el presupuesto de ajuste y contra la implementación de la Cobertura Universal de Salud (CUS) que reduce la atención pública”. Disponible en <https://www.hispantv.com/noticias/fotos/390003/argentina-marcha-salud-recortes-presupuesto-macri>. Colombia: Las luchas de los actores subalternos visibilizaron el despojo de derechos laborales, la crisis de los hospitales públicos y las barreras de acceso a los servicios, como efectos adversos de la reforma; el gobierno favoreció los intereses del capital privado. Las protestas persistieron, pese a la violencia antisindical y a la represión gubernamental, nuevos actores y un movimiento nacional por la salud reconfiguraron la esfera pública, construyendo identidad en torno a la lucha por el derecho fundamental a la salud. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000200354.

larmente a los de universalidad, integralidad, interculturalidad y gratuidad, entre otros. Además, ha contribuido al debilitamiento del sector público en beneficio de las empresas prepaga y otros servicios privados tercerizados. Hasta ahora, el Ministerio de Salud⁴⁴ no ha presentado públicamente todos los avances de la propuesta, y solamente ha informado sobre aspectos muy generales, como que el objetivo es llegar a la cobertura universal, y que se pretende separar la prestación de servicios (pero no dice quién los prestará) de la rectoría de parte del Ministerio. Igualmente, informó que pretende la integración de los diferentes subsistemas que ahora están fragmentados y segmentados, así como el fortalecimiento de la estrategia de APS (aumento de la cobertura poblacional pero con servicios limitados). Además, habló de la unificación de la cartera de servicios dentro de todo el sistema de salud, y de que se crearán paquetes de servicios o planes de servicios de salud, que cubrirán solo algunas enfermedades, solo algunas prestaciones para esas enfermedades y solo para algunas poblaciones. En esta reforma se sustituyen la gratuidad de la salud por la protección financiera de los estratos más pobres en casos eventuales, y la universalidad del derecho por la universalidad de las coberturas.

Lamentablemente, la voluntad política –que sostiene la injusticia tributaria, la desigualdad social, el debilitamiento y la precarización de lo público y, particularmente, del sistema de salud– provee de caldo de cultivo para presentar una propuesta salvadora empobrecida para los/as pobres de los/as pobres, sobre una transformación del sistema de salud que garantice y legalice los mínimos de los mínimos en salud. Y todo con un discurso centrado en la falta de recursos (recursos hay, pero se utilizan en otras cosas), el ordenamiento y la modernización estatal, y una promesa de que esta reforma es solo el primer paso en el proceso de transformación que “progresivamente” caminará hacia una verdadera universalidad (y no solo de paquetes/planes de salud). Así también, con campañas de comunicación masivas, se enfatizarán los supuestos valores de la reforma: universalidad, integralidad, enfoque de derecho, calidad de vida, etc., valores que, vaciados de contenido, ya están caminando hacia la legalización del negocio de la salud, el debilitamiento del sistema público y la legitimización de una reforma de privatización encubierta.

44 Exposición pública de la Dra. Lida Sosa, asesora del Gabinete del MSPyBS, en el *Foro de salud universal y protección social con enfoque de derechos. La reforma de salud, meta para el 2023*. Realizado en Asunción, el 28 de octubre de 2019.

RECOMENDACIONES

- Parar inmediatamente la reforma privatizadora y focalizada del Sistema Nacional de Salud promovida por el Banco Mundial para, en su lugar, crear las condiciones para construir un sistema de salud público, universal, único, integral y gratuito que garantice el derecho a la salud, la eliminación de las inequidades sanitarias, la eliminación de las barreras de acceso y alcance la cobertura universal a través de una verdadera participación protagónica de la sociedad.
- Cumplir los criterios de progresividad presupuestaria para la Política Nacional de Salud con resultados y metas a corto, mediano y largo plazos, que permitan rendir cuentas públicas sobre los avances de la reforma del sistema de salud.
- Crear canales de participación social, decisión, monitoreo y control sobre las políticas públicas de salud a nivel territorial y nacional.
- Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con la apertura de nuevas Unidades de Salud de la Familia, para llegar a la cobertura progresiva del 100% de la población en 3 años, garantizando los equipamientos, insumos y profesionales de salud suficientes. Contratar médicos en condiciones laborales dignas de igualdad salarial a los/as médicos/as de hospitales.
- Mejorar la infraestructura hospitalaria, la capacidad de internación y de terapia intensiva en la red de servicios públicos del MSPyBS.
- Elaborar y aprobar el Protocolo del MSPyBS sobre intervención en casos de violencia obstétrica, accesibles a las mujeres y sus familias.
- Garantizar la universalidad y gratuidad del acceso a la promoción de la salud, la prevención y el tratamiento del cáncer en cualquier estadio, en base a criterios estandarizados de salud pública.
- Aprobar urgentemente normativas y políticas con presupuestos determinados que garanticen los cuidados paliativos universales, particularmente los ambulatorios con atención especializada del personal de salud, bajo el principio de derecho a la salud y la dignidad humana.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial, Paraguay (2018). *Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud*. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2018). *Principales Resultados de Pobreza Monetaria Y Distribución De Ingreso - 2018*. Disponible en <https://bit.ly/2CpONCA>.
- Fundación Latinbarómetro (2018). *Informe Latinobarómetro 2018*. Disponible en <http://www.latinobarometro.org/lat.jsp>.
- Giménez, Edgar et al. (2018). *Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay*. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018;16(2): 38-48.
- Informe de Control Financiero y Evaluación Presupuestaria cierre del Ejercicio Fiscal 2018. Asunción: Ministerio de Hacienda, Subsecretaría de Estado de Administración Financiera Dirección General de Presupuesto.
- Leite, S. B. et al. (2019). *Daño en el ADN inducido por la exposición a pesticidas en niños de áreas rurales en Paraguay*. Indian J. Med. Res.; 150: 290-6.
- Martín Martínez, Mariluz (2017). La salud es un derecho humano. Solo se entiende universal, pública y gratuita. En *Yvypóra Derecho Paraguáípe - Derechos Humanos en Paraguay 2017* (pp. 185-202). Asunción: Codehupy.
- Martín Martínez, Mariluz (2018). El derecho a la salud es inalcanzable sin justicia social y calidad de vida. *Yvypóra Derecho Paraguáípe - Derechos Humanos en Paraguay 2018* (pp. 169-184). Asunción: Codehupy.
- Martín Martínez, Mariluz (2019). *¿Qué tipo de reforma del sistema de salud queremos en Paraguay? Profundizando la desigualdad desde las migajas*. Disponible en <http://idepsalud.org/salud-internacional-que-tipo-de-salud-queremos-en-paraguay/>.
- Martín Martínez, Mariluz (2019). El arte de la guerra en salud. Paraguay un caso paradigmático del buen alumno. En *Revista Soberanía Sanitaria*.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2018). *Balance Anual de Gestión Pública*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, BAGP.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2018). *Indicadores Básicos de Salud 2018. Paraguay*. Disponible en <https://bit.ly/2NqePfi>.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". *Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada*. Washington, D.C.: OPS; 2019.
- OPS/OMS (1999). *Economía y Salud - Conceptos, Retos y Estrategias*.
- Organización Internacional del Trabajo (2017). *Paraguay: Protección social en salud. Reflexiones para una cobertura amplia y equitativa*.
- Organización Mundial de la Salud (2005).
- STP (2018). *Plan de Acción Nacional en Población y Desarrollo 2018-2019*.