



CAPÍTULO V

S A L U D



FINANCIAMIENTO

El peso del financiamiento del sistema de salud sigue recayendo en el sector privado y, principalmente, en los hogares paraguayos, con un porcentaje de 64.7% en el año 2004, que representa una disminución con respecto a los años 2002 y 2003. Este segmento está integrado por el pago directo de los hogares por los servicios y medicamentos comprados y las cuotas de medicina pre-paga. La cooperación internacional también ha disminuido su aporte: de un 3.4% en el año 2002, bajó a 2.2% en el año 2004³⁰.

CUADRO 30
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD
(EN MILLONES DE GUARANÍES CORRIENTES)

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	AÑO 2002	%	AÑO 2003	%	AÑO 2004	%
Administraciones Públicas	723.577,2	29.7	774.686,3	31.1	889.845,5	33,0
Administraciones Públicas (sin Seguridad Social)	402.239,2	55.6	421.900,5	54.5	489.280,9	55,0
Administración Central	376.722,2	93.7	393.755,4	93.3	458.371,3	93,7
Administraciones Departamentales	12.158,8	3.0	12.833,7	3.0	13.857,9	2,8
Administraciones Municipales	13.358,2	3.3	15.311,4	3.6	17.051,7	3,5
Administración de la Seguridad Social	321.338,0	44.4	352.785,8	45.5	400.564,6	45,0
Sector Privado	1.628.200,0	66.9	1.670.024,9	66.9	1.743.688,0	64,7
Empresas Privadas	201.008,0	12.3	219.243,0	13.1	211.201,0	12,1
Hogares	1.427.192,0	87.7	1.450.781,9	86.9	1.532.487,0	87,9
Recursos Externos	82.016,7	3.4	50.096,0	2.0	59.879,0	2,2
Total Financiamiento	2.433.783,9	100	2.494.807,2	100	2.693.412,5	100

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), Ministerio de Hacienda y otros. En Cuentas de Salud, 2006.



El crecimiento sostenido del presupuesto para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS) da esperanzas de mejoramiento, al pasar del 29.7%, en 2002, al 31.1% en 2003, y al 33.0%, 2004.

Si bien la evolución del presupuesto es un indicador de lo que será implementado en el año, sin embargo ella no corresponde a lo ejecutado al finalizar cada año. En este sentido, existe la práctica perversa de aprobar presupuestos altos, pero limitando su ejecución durante el período. Por lo tanto, hay que considerar que los presupuestos ejecutados son, generalmente, menores que los presupuestos aprobados³¹.

Por otro lado, al aumento del presupuesto debe acompañar programas de mejora de la práctica de salud, incluyendo la calidad y la eficiencia de los servicios. Debe también ir de la mano con medidas de reducción de las inequidades en las condiciones de salud y, especialmente, en su acceso por parte de la población más vulnerable.

La desproporción de los gastos de salud con el mayor peso en los servicios personales, no permite más inversión para mejorar el sistema sanitario. En efecto, en 2004 los servicios personales tenían el peso más importante en la estructura, con casi 60%; le seguían los medicamentos, con el 22.2% y, por último, por el gasto de inversión que apenas alcanza al 5.6%³². Estos datos muestran la muy baja inversión del sistema, lo que se traduce en pocos recursos humanos profesionales, baja cobertura sanitaria y baja infraestructura edilicia.

COBERTURA SANITARIA

En Paraguay la atención de salud está a cargo de tres sectores: el público (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Sanidad Policial y Sanidad Militar, Universidad Nacional de Asunción e Instituto de Previsión Social (IPS), entre las instituciones más importantes; el privado, formado por hospitales, sanatorios y consultorios privados y, en tercer lugar, las instituciones internacionales, como la Cruz Roja Paraguaya. Estos sectores están escasamente coordinados, salvo por una pequeña transferencia del IPS al Ministerio de Salud³³.

La tendencia es de centralización urbana, área donde están los hospitales públicos, los centros de salud y los sanatorios privados. Al adentrarse en el área rural, las facilidades de salud son cada vez más escasas, quedando solamente los puestos de salud, la mayoría de los que presenta serias carencias en insumos y/o atención médica permanente. A modo de ejemplo, el 17.5% de la población enferma o accidentada que consulta vive a 30 minutos de un servicio sanitario en la zona urbana, mientras que en la zona rural, está a 60 minutos de distancia.

Desde la perspectiva territorial, una evaluación de cobertura de los servicios públicos de salud y educación³⁴ evidencia la “injusticia territorial” entre el área urbana, que concentra más

31 Banco Mundial, 2006. Paraguay Health Service Delivery in Paraguay. Report N° 33416-PY

32 MSP y BS/OPS, 2006. Cuentas de Salud, Paraguay 2002/2004. Octubre 2006.

33 Banco Mundial, 2006, obra citada.

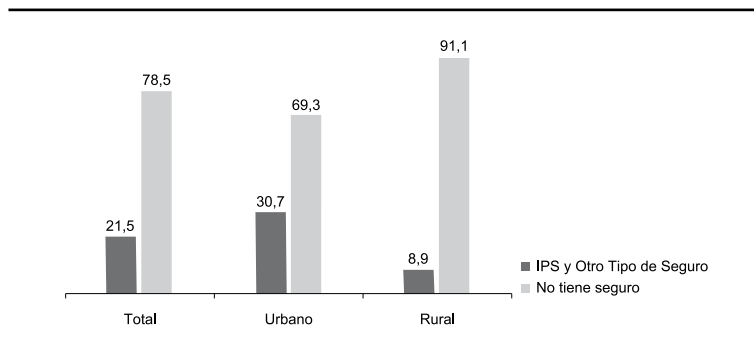
34 Capítulo de la arquitecta Ana Burró, inserto en Reflexiones para Políticas Sociales y Territoriales, Serie Investigaciones-Población y Desarrollo, UNFPA, GTZ y Adepo, 2007, pag. 121.

infraestructura de la necesaria, y la rural, que carece de la misma, lo que obliga a la población rural a desplazarse grandes distancias para recibir asistencia.

Al analizar los datos de la Encuesta de Hogar del 2005, queda en evidencia la desprotección de la población: el 78.5% de los/as paraguayos/as no tiene ninguna cobertura de salud. Entre los hogares cubiertos, el 12.5% lo está por el IPS, correspondiendo a obreros y empleados del sector privado; y 9%, por otro tipo de seguro.

Esta cobertura es sumamente deficiente en el sector rural, donde hay sólo un 8.9% de cobertura, comparado con el sector urbano, que tiene una del 30.7%. Más del 90% de la población rural está excluida del sistema de seguro médico.

GRÁFICO 19
TENENCIA DE SEGURO MÉDICO, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA
2002



Fuente: DGEE y C. Censo Nacional de Población y Viviendas, 2002.

La cobertura profesional médica es sumamente inequitativa, considerando que en el sector rural hay alrededor de 2.5 médicos/as por cada 10.000 habitantes, en contraste con la zona urbana que tiene 15.3 médicos/as por la misma cantidad de personas³⁵. Esto amerita atención por parte del Estado, para mejorar la distribución y asignación de los recursos humanos para lograr una cobertura equilibrada urbano/rural, atendiendo a las necesidades específicas de cada sector.

Lo anterior lleva a que, como revela la Encuesta Permanente de Hogares 2005 en sus datos de morbilidad, las mujeres rurales sean el grupo con mayores dificultades de salud en la población.

Así, ellas presentan niveles de enfermedad (41.9%) ligeramente superiores a los que corresponden a las mujeres urbanas (40.5%). Considerando el sexo, la brecha de género en el área rural es mayor, en detrimento de las mujeres ya que superan a los hombres que presentan solamente el 36.1% de enfermedad. Éstos, a su vez, superan a sus pares urbanos en este indicador.

35 PNUD, 2003. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Paraguay. Asunción.



CUADRO 31
**MORBILIDAD POR ÁREA DE RESIDENCIA,
 SEGÚN SEXO Y ESTADO DE SALUD (%)**

2005			
ESTADO DE SALUD/SEXO	TOTAL %	ÁREA DE RESIDENCIA	
		URBANA %	RURAL %
AMBOS SEXOS			
Enfermo/a	38.3	37.8	38.9
Accidentado/a	1.0	1.0	0.9
Sano/a	60.8	61.2	60.2
HOMBRES			
Enfermo	35.5	35.0	36.1
Accidentado	1.4	1.5	1.2
Sano	63.2	63.6	62.6
MUJERES			
Enferma	41.0	40.5	41.9
Accidentada	0.5	0.6	0.5
Sana	58.4	59.0	57.6

Fuente: DGEE y C. Encuesta Permanente de Hogares 2005.

A pesar de que la enfermedad está más presente en el sector rural y en las mujeres del mismo sector, al analizar la consulta médica que realiza la población enferma o accidentada, entre las personas que “no consultaron”, el porcentaje es mayor en el sector rural (52.3%) y entre las mujeres rurales (50.2%).

Los hombres rurales consultan menos (54.4%) que sus pares urbanos (36.5%) e, inclusive, que las mujeres (50.2%). Entre los hombres, esta escasa práctica de consulta médica estaría relacionada a valores culturales; en el caso de las mujeres, la mayor consulta está relacionada a la frecuente maternidad que va acompañada de más necesidad de atención clínica. Pese a lo anterior, al comparar entre mujeres del sector urbano y aquellas rurales surge la mayor diferencia, ya que el 50.2% de las mujeres rurales declararon que no consultaron al sentirse enfermas, a diferencia de las urbanas, que no lo hicieron solamente en el 29.5% de los casos.

La falta de consulta médica está justificada por la automedicación a la que son afectas las personas en casi el 60% de los casos. Por otra parte, esto pone en evidencia el fácil acceso que tiene la población a la compra de medicamentos –como, por ejemplo, los antibióticos, cuyo uso tiene contraindicaciones–, y el poco control del Estado sobre dicha venta.

CUADRO 32

**POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA POR
ÁREA DE RESIDENCIA, SEGÚN SEXO Y CONDICIÓN DE CONSULTA (%)**

2005

CONDICIÓN DE CONSULTA/SEXO	TOTAL %	ÁREA DE RESIDENCIA	
		URBANA %	RURAL %
AMBOS SEXOS			
Consultó	59.0	67.3	47.7
No consultó	41.0	32.7	52.3
HOMBRES			
Consultó	55.4	63.5	45.6
No consultó	44.6	36.5	54.4
MUJERES			
Consultó	62.1	70.5	49.8
No consultó	37.9	29.5	50.2

Fuente: DGEE y C, Encuesta Permanente de Hogares 2005.

Otro motivo esgrimido para la falta de consulta es el considerar que la dolencia sufrida es “no grave”, lo que estaría indicando el empleo del auto-diagnóstico. En tanto, el factor económico –registrado en la Encuesta de Hogares, 2005 por las frases “las consultas son caras”, “no tiene recursos”–, indica que influye en un 15.5% e impide resolver los problemas de salud en forma más segura.

Existe una relación directa entre ingresos y consulta médica, lo que muestra que la pobreza es un factor excluyente del acceso a los servicios de salud. Estos datos, sin considerar la gravedad de la enfermedad, indican que solamente el 45% de las personas que pertenecen al quintil más pobre consulta en caso de enfermedad; en tanto que el quintil más rico lo hace en el 73% de los casos³⁶.

De todos modos, el aumento del rubro salud en el Presupuesto Público ha permitido que la desigualdad disminuyera en los últimos años. A modo de ejemplo, en 1997 sólo el 30% de la población del quintil más pobre realizaba consultas en caso de enfermedad; y en 2004 lo hacía un 40%, lo que indica mejoras en la cobertura³⁷.

36 PNUD, 2006. Focalización de la inversión social y sus efectos en la reducción de la desigualdad. Proyecto Gasto Social en el Presupuesto, Boletín N° 5, Año 4, Junio 2006. Asunción.

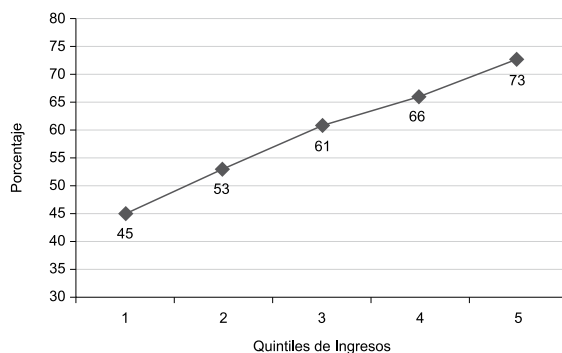
37 PNUD, 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de Paraguay. PNUD, Asunción.



GRÁFICO 20

PERSONAS QUE CONSULTAN EN CASO DE ENFERMEDAD (%)

2005



Fuente: Proyecto Gasto Social en el Presupuesto con datos del Ministerio de Hacienda. En PNUD, 2006.

Un indicador importante de mejoramiento es el aumento de la esperanza de vida al nacer, que ha pasado de 70.3 años en el 2001 a 71.0 en el 2004. En el caso de las mujeres, la esperanza de vida es mayor (73.2 años) que la de los hombres (69.0 años). Sin embargo, esta larga vida no supone para las mujeres mejor salud ya que existe un alto índice de morbilidad y escaso acceso a los servicios. La pregunta que deben hacerse las mujeres pobres es: “vivir más sí, ...pero ¿a qué costo y en qué condiciones?”.

FECUNDIDAD

Uno de los principales problemas del sector salud es el alto grado de subregistro, lo que dificulta conocer la verdadera realidad de dicho sector. Esto es reconocido por el mismo Ministerio de Salud que, para el caso de los nacimientos, estima el subregistro en un 51% en el país (MSP y BS, 2002).

Aún considerando este subregistro, Paraguay es uno de los países con más alta fecundidad en el contexto latinoamericano y entre los integrantes del Mercosur, aún cuando esta fecundidad ha venido decreciendo a lo largo de los años, a nivel país.

En los años 50, el promedio de hijos/as por mujer era de 6.5; en 1998 había disminuido a 4.3 hijos; siguió bajando a 3.8, en 2001, y a 2.9 hijos/as por mujer en 2004. En el sector rural, el promedio siempre ha sido más elevado que en el urbano. En 1972 el promedio de hijos/as en esa área era de 7.4 por mujer; en 1992 declinó a 5.8, reduciéndose aún más en 2004, a 3.7 hijos/as por mujer.

Existe una relación directa entre el número de hijos, el nivel educativo y socioeconómico y el idioma de las madres, que ya ha sido abordado por varios estudios. El cuadro siguiente indica la Tasa Global de Fecundidad y su relación con estas variables.

CUADRO 33

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGÚN VARIABLES SELECCIONADAS

2004

TOTAL		2.9
Área	Urbana	2.5
	Rural	3.7
Educación	0 a 5 años	4.2
	12 y más años	2.1
Nivel socio-económico	Más bajo	5.4
	Más alto	1.9
Idioma	Guaraní	3.9
	Castellano	2.3

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR, 2004). En Guiacometti, 2006.

73



Las mujeres con mayores niveles educativo y socio-económico tienden a tener menos hijos/as, lo que viene a reforzar la idea de que la educación es un factor preponderante para el mejoramiento de la salud reproductiva de las mujeres, especialmente de las rurales.

Por otro lado, las guaraní hablantes tienen mayor tasa de fecundidad que las hispano-parlantes. Esto indica la alta fecundidad rural, dado que el guaraní es hablado por más del 90% de la población en ese sector. Al respecto, la solución no es la eliminación del idioma, sino la elaboración de políticas públicas diferenciadas en salud que contemplen esta variable.

Las edades de mayor reproducción para las mujeres en Paraguay están entre los 20 y 34 años, es decir, en el rango de las jóvenes. Un dato pertinente: el 88.5% de las mujeres rurales entre 25 y 29 años ha tenido un embarazo.

De acuerdo a datos del Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (Celade), en el quinquenio 1995-2000 en el 71% de los nacimientos promedio anuales las madres estaban entre esas edades; en el 17.0% entre los 35 y más y en el 13% fueron mujeres entre 15 a 19 años.

MORTALIDAD MATERNA

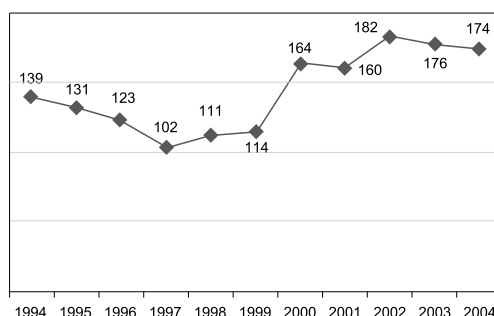
Paraguay es uno de los países con mayor tasa de mortalidad materna en América Latina, con 174 muertes por cada 100.000 nacidos/as vivos/as. De hecho, la mortalidad materna es primera causa de muerte en mujeres entre los 25 y 29 años de edad; y la segunda, en mujeres de 15 a 19 años, según datos del PNUD³⁸.

En 1994, la tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos/as vivos/as era de 139, manteniéndose esa cifra casi constante a fines de los 90, cuando sufrió un brusco ascenso

38 PNUD, 2005, obra citada.

pasando de 114 (1999) a 164 muertes para 2000. En los últimos cuatro años, la situación ha empeorado, considerando que ha subido 10 puntos desde 2000 al 2004, cuando fueron registradas 174 muertes maternas por cada 100.000 nacidos/as vivos/as.

GRÁFICO 21
TASA DE MORTALIDAD MATERNA (POR 100.000 NACIDOS VIVOS)
2003



Fuente: MSP y BS, Departamento de Bioestadística, 2004.

Las causas de la muerte materna están relacionadas con hemorragias, sepsis, toxemias y otras complicaciones, todas controlables si hubiera una buena atención para la mujer embarazada. Porque todas estas causas están relacionadas a la falta de acceso a servicios e información, atención pre-natal, parto y puerperio, además de falta de decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo, desconocimiento de la salud reproductiva y de la planificación familiar.

Entre las causas no biológicas de estas muertes, aparecen la demora en acudir a los servicios, el machismo y el desconocimiento de los riesgos de la maternidad. Por otro lado, también está la desconfianza hacia los servicios, la distancia, los escasos recursos económicos y la escasa infraestructura comunitaria de apoyo a la mujer gestante³⁹.

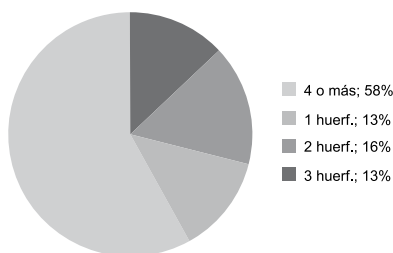
El alto porcentaje de partos domiciliarios, los que representan cerca del 30% de la totalidad de los partos, contribuye a estas muertes; especialmente en el área rural donde la ausencia del personal médico es suplida con parteras empíricas quienes, si bien actualmente poseen entrenamiento, no pueden resolver todos los problemas y riesgos del parto. Efectivamente, y pese a la evolución favorable en la oferta ministerial en materia de parto institucional, según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva del año 2004 un 40% de mujeres rurales y un 15% de urbanas, no utilizan este servicio.

La muerte materna tiene consecuencias sociales de gran impacto para las familias y especialmente para los/as huérfanos/as. Este tema fue abordado por un estudio del Ministerio

39 PNUD, 2005, obra citada.

de Salud, el que reveló el alto costo social que supone la muerte una madre, ya que de cada 10 que mueren, seis dejan cuatro huérfanos/as o más⁴⁰.

GRAFICO 22
PROMEDIO DE HUÉRFANOS/AS POR MADRE FALLECIDA
2003



Fuente: MSP y BS, Diagnóstico de la Salud Materna, 2004.

MORTALIDAD INFANTIL

La Tasa de Mortalidad Infantil es tan alta como la materna. Esta tasa, estimada en 37 muertes por cada mil nacidos/as vivos/as, que coloca a Paraguay en el tercer lugar de mortalidad infantil en América Latina, luego de Nicaragua y Honduras, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil registrada por el Ministerio de Salud es de 19 muertes por cada mil nacidos/as vivos/as. Esta diferencia en los datos se debería al alto porcentaje de subregistro existente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha llamado la atención sobre el subregistro de estas muertes, ya que la estimación es que de 170.000 nacimientos anuales sólo son registrados entre 80.000 a 90.000. Además, se calcula en unas 7.000 las muertes de niños/as antes del primer año de vida, mientras que los registros oficiales indican solamente 1.600 a 1.800 fallecimientos.

El 52% de las muertes infantiles ocurre en el primer mes de vida y está altamente relacionado a causas prevenibles con una buena cobertura clínica: prematuridad, lesiones debidas al parto, infecciones, neumonía, infecciones respiratorias, parasitosis y anemia y diarreas, la mayoría de las cuales podría ser evitada si fueran detectadas en los controles a las mujeres embarazadas. Sin embargo, estos controles son escasos y muchas veces están ausentes en todo el ciclo de gestación. Datos del Ministerio de Salud indican que sólo el 47.8% de las mujeres rurales realiza apenas un control del embarazo, lo cual es insuficiente para determinar problemas fetales y de gestación en la madre.

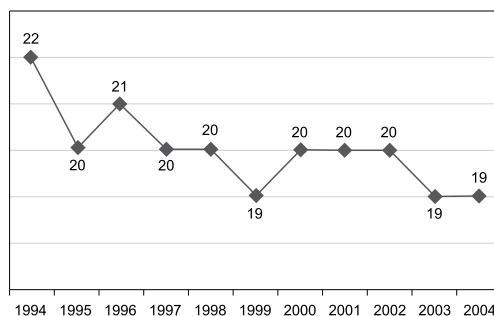
40 Investigación sobre Mortalidad Materna y sus Consecuencias Familiares y Sociales, estudio citado en Documento Base para el Diagnóstico Estratégico de la Mortalidad Materna en el Paraguay, 2004. Mimeo.



GRÁFICO 23

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS/AS VIVOS/AS)

2003



Fuente: MSP y BS, Departamento de Bioestadística, 2004.

En el área rural, la proporción de niños/as que mueren es 2.5 veces más alta que en el área urbana. Los datos de las regiones sanitarias indican que los departamentos con mayor ruralidad presentan los mayores índices de muerte infantil. La precariedad o la ausencia de atención sanitaria, la distancia de los puestos de salud y los recursos económicos limitados son los factores más importantes que la mayoría de las veces hacen la diferencia entre la vida y la muerte de los niños y las niñas en Paraguay.

DESNUTRICIÓN

De acuerdo a datos de la OPS⁴¹, el porcentaje a nivel país de niños/as menores de 5 años con desnutrición aguda es de 5%, llegando en el área rural al 6.3%. El porcentaje de niños/as con desnutrición crónica es de 10.9%, del cual el 14% vive en el área rural. Por otro lado, los/as niños/as con desnutrición leve o riesgo de desnutrición alcanzan al 20.5% a nivel nacional, y al 23.6% en el área rural.

En las áreas rurales, el 10.5% de los/as niños/as nacen con un peso inferior a los 2.500 gramos, peso considerado normal. La carencia de hierro, yodo y flúor, acarrear problemas de anemia, bocio y caries, problemas que afectan en mayor grado a la población rural⁴².

De acuerdo a los datos de la última ENDSSR⁴³, la alimentación complementaria a la leche materna comienza más temprano de lo recomendado por la OMS: el 27.6% de los/as niños/as de entre 0 a 5 meses ya recibe agua, u otros líquidos, en momentos en que la lactancia debiera ser aún completa. Otro dato revelador es que el 50.5% de los/as niños/as de 0 a 6 meses no recibe leche materna o ingiere alimentos no recomendados para esa edad.

41 Barrios, Laura y Moreno, Gloria. 2006. Reflexiones para Políticas Sociales y Territoriales. UNFPA/GTZ/Adepo. Asunción.

42 PNUD, 2005, obra citada.

43 Corresponde a la quinta encuesta, realizada en el año 2004.



La práctica de introducir suplementos es más común en el área rural, entre mujeres de nivel socioeconómico bajo, y que hablan guaraní, comprometiendo seriamente el desarrollo físico y psíquico del/a niño/a y colocándolo/a en una situación de riesgo de contraer enfermedades que pueden ser mortales a esa temprana edad.

Por otro lado, la relación entre desnutrición y cantidad de hijos/as es estrecha. Cuando el/la niño/a ocupa el sexto lugar entre los/as hermanos/as tiende a sufrir 10 veces más desnutrición grave y tres veces más desnutrición moderada que el/la primer/a hijo/a. Igualmente, la diferencia menor de 2 años entre nacimientos también afecta en forma negativa el estado nutricional del/la niño/a que nace después⁴⁴.

Desde el Despacho de la Primera Dama, conjuntamente con la Oficina de la FAO en Paraguay y otras instituciones públicas, ha habido esfuerzos para contribuir a la erradicación del hambre. Algunos ejemplos son los 54 proyectos Telefood, implementados en el 2007 y distribuidos a nivel nacional, alcanzando a 2.407 familias, con un promedio de U\$ 8.103 por proyecto y de 44 familias beneficiarias por proyecto. Otro esfuerzo es el Mega Concierto Música versus Hambre realizado en el año 2007, que recaudó 1.946 millones de guaraníes para financiar proyectos productivos para mujeres rurales.

El Programa Alimentar la Mente para Combatir el Hambre - Un mundo Libre de Hambre es otra de las iniciativas elaboradas para recordar el Día Mundial de la Alimentación, que está siendo ejecutada por el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y el Ministerio de Salud y Bienestar Social. Como plan piloto ha llegado en el año 2006 a 37 escuelas públicas, beneficiando a 9.000 alumnos/as. En el año 2007 pretende cubrir a 40 instituciones y beneficiar a 18.000 alumnos/as del nivel escolar básico y medio.

Este programa generó un material metodológico para docentes de los niveles elemental e intermedio, que sirve de base para entender los problemas mundiales del hambre y la malnutrición y sus efectos, promover la seguridad alimentaria, la nutrición y medidas para combatir dicho flagelo. Está diseñado especialmente para su utilización por los/as docentes del área rural. Sin embargo, no se conoce un sistema de seguimiento y evaluación del programa, que pudiera garantizar su implementación en el área rural.

Otros aportes de la FAO a nivel país constituyen los proyectos Apoyo a la Institucionalización del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria de Paraguay, ejecutado por las contrapartes nacionales Secretaría Técnica de Planificación y Ministerio de Agricultura y Ganadería. Otros proyectos que esperan su aprobación son Apoyo a la Seguridad Alimentaria y Nutricional: reforzar Sinergias entre los Programas de Asistencia Social y la Promoción de la Agricultura Familiar” y Apoyo al Programa de Seguridad Alimentaria para el Departamento de Itapúa.

Aunque todas estas iniciativas son importantes para paliar el déficit nutricional de las familias del área rural es necesario avanzar hacia políticas sociales más integrales, que garanticen las condiciones mínimas de calidad de vida de la población, involucrando a la sociedad civil organizada en su ejecución. De lo contrario terminarán constituyendo acciones aisladas y temporales, sin mayor impacto a mediano y largo plazo.

44 MSP y BS 2004. Documento Base para el Diagnóstico Estratégico de la Mortalidad Materna en el Paraguay. Mimeo.

SALUD REPRODUCTIVA

En los últimos años ha habido un aumento importante entre la población del uso de métodos anticonceptivos modernos, aunque con marcadas diferencias a nivel socio-económico, idioma hablado y área de residencia. Tanto las mujeres pobres como las guaraní hablantes y las mujeres rurales tienen menos acceso a los métodos anticonceptivos y a los servicios públicos de salud.

La práctica anticonceptiva en el área urbana alcanza al 65.4%, en tanto que a nivel rural es de 49.3%. La píldora es más usada en las áreas rurales (por el 14% de las mujeres), en tanto que el Dispositivo Intra Uterino es más usado por el 13.4% de las mujeres.

El desconocimiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) entre la población femenina es alto, considerando que según la ENDSSR 2004, solamente el 41% de las mujeres entre 15 y 44 años mencionó en forma espontánea una de ellas.

Con respecto al uso del condón, método anticonceptivo más popular, el 23.8% de las mujeres urbanas manifestaron haberlo utilizado en los últimos 12 meses, en tanto que solamente el 12.2% de las rurales dijeron haberlo hecho. La tasa de prevalencia en el uso del condón en mujeres casadas o unidas es menor, aunque ha habido un aumento de su empleo a través de los años.

CUADRO 34
USO DEL CONDÓN EN MUJERES CASADAS O UNIDAS (%)
1990-2004

AÑOS	PAÍS	URBANA	RURAL
1990	2.6	3.7	1.2
1996	6.5	8.4	4.6
1998	7.3	9.9	4.7
2004	11.9	13.9	9.0

Fuente: ENDSSR. Años 1990, 1996, 1998 y 2004.

El preservativo, que no compromete la salud de las mujeres, previene las enfermedades sexuales y es accesible económicamente, no puede ser adoptado en el área rural debido al machismo imperante y al preconceito que tienen los hombres sobre su uso.

En cuanto a la actitud de aceptación hacia una persona que tiene VIH/Sida, las mujeres del área urbana son dos veces más tolerantes que las rurales. De igual manera, las mujeres urbanas se hicieron la prueba del VIH/Sida en mayor proporción (16.8%), que las rurales (5.4%).

La desprotección en que están las jóvenes de 15 a 24 años rurales es alarmante, si se considera que solamente el 1.0% de este grupo etareo tiene conocimiento espontáneo de tres formas de prevención del VIH/Sida.

ABORTO

El aborto es una de las principales causas de muerte en las mujeres en Paraguay. Sobre esta realidad existe, además, un alto subregistro debido a que el aborto provocado está penado por ley. Esto permite la clandestinidad de su práctica en condiciones inadecuadas y con un alto costo social. Permite, además, la impunidad ante la mala praxis, ya que muchas veces estas muertes no son reportadas por la ilegalidad del acto.

Desde las organizaciones de la sociedad civil, ha habido intentos de despenalizar el aborto, pero existen barreras de índole religiosa y moralista que lo impiden. Mientras tanto las cárceles albergan a las mujeres que cometieron aborto, sin ningún cuestionamiento hacia el hombre que colaboró en la gestación. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (Cedaw) ha hecho innumerables recomendaciones para tomar medidas contra la mortalidad materna, el aborto y su penalización, sin que hasta el momento sean tenidas en cuenta por el gobierno nacional.

ENFERMEDADES DE LAS MUJERES

El desagregado de datos oficiales de salud por sexo y por área geográfica es aún un gran problema en el país. De allí la dificultad de presentar datos específicos por áreas geográficas.

El siguiente cuadro presenta una aproximación al tema de las causas de consultas de las mujeres, y reportadas en los servicios públicos, e indica que las mujeres entre 15 y 39 años son las que más acuden a los servicios públicos de salud.

En estas edades, el aborto, la amenorrea, la cervicitis y el embarazo de alto riesgo son las enfermedades más importantes. Nótese que el aborto figura como causa de enfermedad, sin mencionar si ha sido provocado o espontáneo.

El cáncer de cuello uterino a nivel nacional mata a 181 mujeres por año, según el MSP y BS, mientras que la OPS indica 281 muertes por año, lo que representa el 15% de muertes por año. En el año 2004 el MSP y BS registró 523 nuevos casos; en tanto la OPS, 786.

Datos de la Campaña por un Paraguay sin Cáncer emprendida por el MSP y BS –entre el 9 al 13 de mayo en el año 2005–, indican que en el Hospital Nacional la mayoría de las mujeres que ha contraído cáncer uterino y cáncer de mamas provienen de las zonas rurales, con alta probabilidad de muerte debido a su incapacidad económica para solventar los medicamentos y tratamientos para detener el mal.

Algunos indicadores del Mercosur muestran que Paraguay tiene la tasa más alta en muerte de las mujeres por cáncer uterino, aún considerando que Brasil y Argentina poseen mayor población:

- Paraguay: 41 casos de muerte por 100 mil mujeres.
- Brasil: 31 casos de muerte por 100 mil mujeres.
- Argentina: 12 casos de muerte por 100 mil mujeres.

Estas cifras presentan una realidad que debe ser abordada por las políticas públicas de salud. Es prioritario asumir los temas de los derechos sexuales y reproductivos, no solamente desde una óptica clínica sino fundamentalmente desde una mirada intercultural, para garantizar la salud de las mujeres rurales.



CUADRO 35

**PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTAS REGISTRADAS EN MUJERES
EN LOS SERVICIOS DEL MSP Y BS, POR GRUPOS DE EDAD,
SEGÚN ENFERMEDADES**

2005

ENFERMEDADES	NºCASOS - 1 AÑO	1-4	5-14	15-19	20-39	40-59	50-59	60 Y MÁS
Aborto	4.822	-	-	32	844	3.524	422	-
Amenorrea	2.675	-	-	-	-	2.252	363	54
Anexitis	1.023	-	-	21	139	516	221	102
Cáncer uterino	181	-	-	-	1	74	64	42
Cáncer de mamas	105	-	-	-	-	14	24	29
Cervicitis	2.841	4	5	108	417	1.622	173	121
Dismenorrea	963	-	-	115	295	449	104	-
Eclampsia	72	-	-	4	222	48	4	-
Embarazo alto riesgo	11.914	-	-	340	4.153	6.116	1.305	-
Mastitis	898	-	-	53	204	519	122	-
Pre-eclampsia	395	-	-	3	55	284	53	-
Prolapso genital	170	-	-	-	-	17	38	43
Sífilis de embarazada	552	-	-	-	139	395	21	-
Síndrome climaterio	823	-	-	-	-	44	443	291

Fuente: DGEE y C, Anuario Estadístico, 2005.

EMBARAZO ADOLESCENTE

Las adolescentes constituyen un segmento importante de la población paraguaya, al representar un 20%. Por lo mismo, analizar su comportamiento sexual es fundamental, dada la influencia que ejerce en la estructura poblacional. De acuerdo a la ENDSSR 2004, aplicada a 7.321 mujeres, en general la fecundidad en jóvenes de 15 a 19 años descendió de 90 nacimientos por 1000 en 1995-1998 a 67 por 1000 durante el periodo 1998-2000. Este es un dato alentador, considerando las consecuencias negativas que un embarazo precoz tiene para la vida de las mujeres jóvenes.

No obstante, al examinar la situación considerando el área geográfica, la zona rural presenta situaciones desventajosas para sus jóvenes. De hecho, la maternidad es más temprana en el área rural, siendo el doble la proporción de mujeres que no estudian ni trabajan al momento de su primer embarazo, en esta área que en la urbana.



En el caso de la primera experiencia sexual, entre las mujeres de 15 a 24 años no es apreciable diferencias de área geográfica, aunque la cantidad de mujeres urbanas que tuvieron relación pre-marital es mayor que la de las mujeres rurales. Las diferencias aparecen en el uso de anticonceptivo en la primera experiencia sexual, ya que las jóvenes urbanas lo emplean con mayor proporción (61.6%), que las rurales (47.3%). Esto indica el mayor riesgo que corren las jóvenes rurales de un embarazo no deseado. De hecho, el embarazo de mujeres entre 15 y 24 años es alto para ese grupo de edad y mayor en el área rural, llegando a 33.8%, mientras que en el grupo urbano alcanza a un 24.9%.

El uso de anticonceptivos en la primera relación sexual está directamente relacionado a los años de estudio y al nivel socioeconómico, ya que a mayor estudio y nivel socioeconómico, es más alto el empleo de anticonceptivos.

Dato importante es que las mujeres que utilizaron anticonceptivo en su primera relación habían tenido, al menos, un curso de educación sexual. En este sentido, las jóvenes rurales están en desventaja, ya que la educación sexual es más frecuente en la zona urbana que en la que ellas habitan.

En cuanto al conocimiento general en materia de salud reproductiva, éste es mayor en el área urbana, que en la rural; por su parte, el conocimiento sobre las ITS es menor entre las jóvenes de 15 a 19 años, edades en las cuales, precisamente, la actividad sexual es más frecuente.

VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia hacia las mujeres ha estado oculta durante muchos años en el ámbito público, debido a la idea patriarcal de considerar la violencia doméstica como un problema del ámbito privado. En Paraguay, el tema trascendió hacia el ámbito público con el Plan Nacional para la Prevención y Sanción de la Violencia contra la Mujer, implementado desde 1994 por la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República. Este plan dio inicio a una serie de acciones, acompañadas por la sociedad civil, que culminaron con la promulgación de la Ley 1600 contra la Violencia Doméstica, en octubre del 2000.

Uno de los primeros trabajos que ha visibilizado la situación de la violencia ha sido la Encuesta Nacional sobre Violencia Doméstica e Intrafamiliar⁴⁵, realizada por primera vez en el país. Ella indica que las mujeres, tanto urbanas como rurales, sufren de violencia en sus hogares; pero que en el área rural existe un gran desconocimiento sobre las leyes de protección a las mujeres agredidas, lo que las expone a mayor riesgo de sufrir maltrato físico, mental y económico.

Este desconocimiento es debido, fundamentalmente, a la concentración de las actividades de formación e información en la zona urbana, y a los escasos medios de comunicación y recursos educativos existentes en el sector rural. Al igual, la falta de instituciones cercanas para

45 Soto, Clyde y otras. 2003. Encuesta Nacional sobre Violencia Doméstica e Intrafamiliar. Centro de Documentación y Estudios/Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. Asunción.

realizar las denuncias constituye una grave limitación, por lo que muchas veces la víctima y sus familiares se resignan al silencio.

En el área rural también los prejuicios morales y religiosos son más fuertes, por lo que el 70% de los/as encuestados/as, especialmente las personas de mayor edad, perciben que la principal manera de solucionar la violencia doméstica e intrafamiliar es dentro de la casa, con la pareja o familia.

Entre las manifestaciones más frecuentes de la violencia figuran las agresiones físicas, asesinatos y formas de abuso sexual que se dan más en el área rural que en la urbana. El abuso del alcohol y la pobreza son esgrimidos como motivos más comunes de la violencia de los hombres contra las mujeres en la zona rural.