

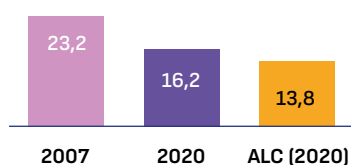
HACIA UN SISTEMA DE SALUD MÁS EFECTIVO, EFICIENTE Y EQUITATIVO



LOS RESULTADOS SANITARIOS MEJORARON, PERO PARAGUAY SIGUE REZAGADO FRENTE A LA REGIÓN

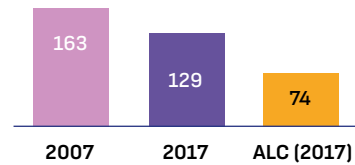
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (TMI, 2020)

Cada 1.000 nacidos vivos



RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (RMM, 2017)

Cada 100.000 nacidos vivos



PERSISTEN FUERTES DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS:

TMI: en Alto Paraguay (20,1) más que duplica la de Ñeembucú (8,5)

RMM: en Boquerón (299) es casi 11 veces más alta que la de Asunción (25,2)

Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial.

Notas: ALC se refiere a países de América Latina y el Caribe. Se utiliza el último dato comparable para ALC, que varía respecto al dato nacional debido a diferencias en la construcción del indicador.

Fuente: Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)

TAMBIÉN AUMENTÓ EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y LA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD

POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA QUE ACCEDIÓ A SERVICIOS Y ATENCIÓN MÉDICA

52%

2004

73%

2019

POBLACIÓN CON SEGURO MÉDICO

18%

2004

28%

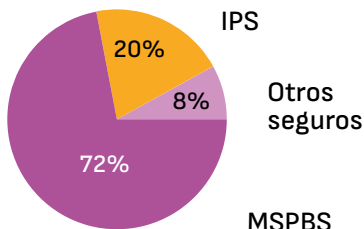
2019

Fuente: INE. Encuesta Permanente de Hogares 1997/1998 – 2016; Encuesta Permanente de Hogares Continua (EPHC) 2017 – 2019

SIN EMBARGO, LA BRECHA EN LA COBERTURA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD TODAVÍA ES ALTA

COBERTURA

La **mayoría** de los paraguayos se atienden en el **MSPBS**.

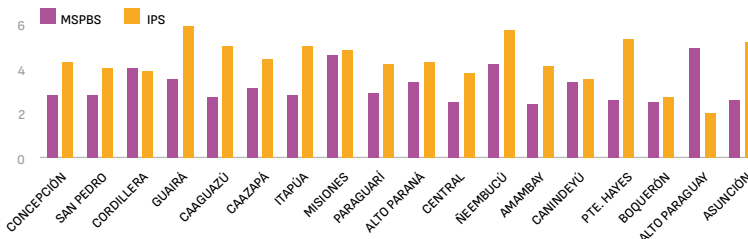


Fuente: DGEEC. EPHC 2017-2019. Promedio anual.

ACCESO

Las personas con **cobertura del Instituto de Previsión Social (IPS)** que residen en **ciudades grandes** tienen **mayor acceso** a consultas.

CONSULTAS POR PACIENTE (PROMEDIO ANUAL 2017-2020)



Fuente: elaboración propia en base a información de producción registrada por el MSPBS e IPS

Persiste una excesiva **concentración de recursos** en la capital y grandes ciudades.

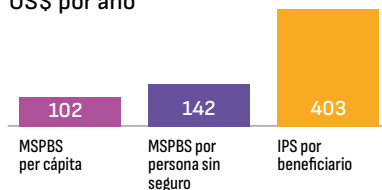
La red de **atención primaria** está en expansión, pero a **ritmo lento**.

A pesar de la construcción de nuevas **Unidades de Salud de la Familia (USF)**, actualmente sólo cubren al **36% de la población**.

ADEMÁS, LA SEGMENTACIÓN DE LA COBERTURA Y LA FRAGMENTACIÓN DE LA PROVISIÓN DE SERVICIOS AUMENTAN LA INEFICIENCIA Y LA INEQUIDAD

GASTO PER CÁPITA EN SALUD POR TIPO DE COBERTURA (2019)

US\$ por año



Nota: el gasto por beneficiario del MSPBS incluye también otras responsabilidades que exceden a la salud

Fuente: elaboración propia en base a datos del MSPBS y el IPS de la base de datos BOOST del Ministerio de Hacienda y EPHC del INE

SEGMENTACIÓN

El **gasto per cápita en salud es mayor para IPS** que para el MSPBS, **pero sólo cubre al 20% de la población**.

Esta es una primera fuente de desigualdad de protección financiera debido al tipo de cobertura.

La segmentación de cobertura también genera desigualdad territorial: IPS cubre 32% en zonas urbanas vs. 14% en zonas rurales.

FRAGMENTACIÓN

Existen **distintas redes** de prestadores para cada subsistema que operan de forma independiente y **se superponen entre sí**.

La falta de convenios conduce a **subsídios a beneficiarios de seguros por parte del MSPBS** cuando la cobertura es limitada (por ejemplo, terapia intensiva/zonas rurales). Esto también lleva a un aumento de la **inequidad**.

LOS DESAFÍOS EN EL ÁREA DE PREVENCIÓN TIENEN IMPORTANTES COSTOS HUMANOS Y ECONÓMICOS

Deficiencias en la **atención primaria y preventiva**.

Falta de **coordinación** entre niveles de atención.

Consultas tardías, adherencia insuficiente a tratamientos, mayor uso de hospitales, **mortalidad temprana evitable** y **uso ineficiente de los recursos**.

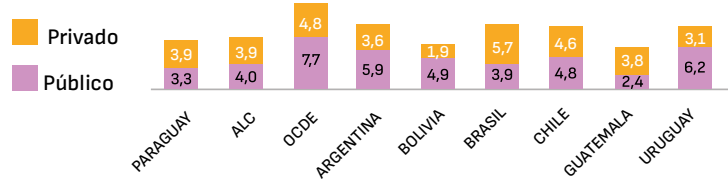
EL GASTO PÚBLICO EN SALUD SE DUPLICÓ DESDE 2008, PERO PERMANECE POR DEBAJO DE LA REGIÓN Y CON UN PESO ALTO DEL GASTO DE BOLSILLO

El alto gasto de bolsillo, principalmente en medicamentos, lleva a una **desprotección financiera** de la población.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN PARAGUAY (MSPBS + IPS, % DEL PIB)

2008 **1,6%**
2019 **3,3%**

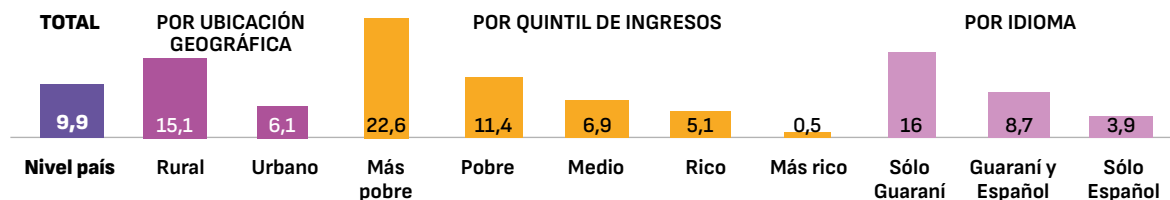
GASTO PÚBLICO Y PRIVADO DE SALUD, 2019 (% DEL PIB)



Fuente: Indicadores del Desarrollo Mundial, Banco Mundial

LAS POBLACIONES RURALES, POBRES E INDÍGENAS PRESENTAN MAYOR RIESGO DE INCURRIR EN GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD:

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON GASTO DE BOLSILLO MAYOR AL 25% DE SU INGRESO (2014)



Fuente: Banco Mundial (2018). Paraguay. Invertir en capital humano: una revisión del gasto público y de la gestión en los sectores sociales.

ADEMÁS, EL GASTO PÚBLICO EN SALUD ES RÍGIDO E INSUFICIENTE

ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS

Responden a la oferta actual de servicios, desconectadas de las necesidades de la población y las prioridades cambiantes.

Escasos recursos para la **promoción de la salud y la prevención**.

COMPRAS

Las compras en base a presupuesto generan **problemas de calidad de la atención y riesgos de quiebre de stock**, especialmente en los medicamentos. El MSPBS ha iniciado un proceso de modernización para ajustar la demanda a las necesidades reales.

Los procesos de compra son largos y no hay políticas coordinadas entre MSPBS e IPS que permitan adoptar un esquema de compras conjuntas.

EL MSPBS TIENE ACCESO LIMITADO A LA INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD, LO QUE LIMITA LA PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DEL SECTOR

Sólo un poco más del **10% de los proveedores del sector público** accedió a la implementación del Sistema de Información de Salud (SIS).

El **IPS sólo comparte información presupuestaria agregada**.

El **sector privado no está cumpliendo con la obligación** de enviar información a la Superintendencia de Salud.

CONSTRUIR SISTEMAS DE SALUD RESILIENTES A SHOCKS ES UNA PRIORIDAD URGENTE

Todavía existen debilidades para enfrentar **brotes epidémicos periódicos**, limitaciones en los servicios de inmunización y dificultad en el restablecimiento de servicios sanitarios a niveles pre-COVID-19.

EL CAMBIO CLIMÁTICO ES UN FACTOR DE RIESGO SANITARIO QUE PROVOCA MAYOR INCIDENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES, ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES POR INUNDACIONES Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS POR INCENDIOS MÁS FRECUENTES

POTENCIALES ÁREAS DE MEJORA

GASTO PÚBLICO EN SALUD

Un mayor y mejor gasto promovería la eficiencia y equidad del sistema. Las opciones disponibles incluyen:

- Considerar el uso de **impuestos selectivos al consumo**, que a su vez favorecerían la reducción de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles.
- Incrementar el **peso del gasto en salud** dentro del gasto público total, que permanece comparativamente bajo.
- Pasar de la afiliación voluntaria con alto gasto de bolsillo a una **afiliación obligatoria**, lo cual brindaría mayor protección financiera a los usuarios y aumentaría la sostenibilidad del sistema al reducir los riesgos de autoselección.

FRAGMENTACIÓN

Se puede abordar con un abanico de medidas, desde la unificación del modelo a la integración funcional de los subsistemas, manteniendo su estructura actual a partir de una mayor coordinación. Por ejemplo:



- La **coordinación entre subsistemas** permitiría reducir costos y efectivizar recursos a través de convenios, compras conjuntas y mecanismos de supervisión de inversiones.
- Un **Plan de Beneficios Universal** garantizaría un mínimo común de cobertura para todos los sistemas e impulsaría la reorientación del financiamiento presupuestario a las nuevas prioridades.

MEDICAMENTOS

Se podrían generar eficiencias para aumentar la cobertura y el acceso a medicamentos a través de diversos mecanismos:

- Una nueva institucionalidad que realice **compras conjuntas** para todas las instituciones públicas.
- El establecimiento de un **formulario terapéutico de medicamentos esenciales**, de cobertura obligatoria pública y privada, para elaborar un listado homogéneo de medicamentos y realizar compras conjuntas a mayor escala.
- Un sistema basado en la **demanda real de medicamentos** para mejorar la planificación pública.
- El desarrollo de mecanismos ágiles de compra para **mejorar los tiempos** de las licitaciones.

ATENCIÓN PRIMARIA

Existe margen para fortalecer el modelo de atención primaria de la salud y ajustarlo a las necesidades epidemiológicas y demográficas actuales y futuras, que contemple:

- Un mayor foco en la **reducción de factores de riesgo** de enfermedades crónicas no transmisibles fortalecería la función preventiva del sistema de salud, con una mayor adecuación a la evolución del perfil sanitario de la población.
- La **universalización del acceso a la atención primaria** disminuiría inequidades de acceso territorial y reduciría las visitas espontáneas a hospitales, lo que requiere continuar expandiendo la red de USF.
- La profundización del uso de **transferencias por desempeño** mejoraría el impacto de los recursos y la calidad de la atención al aumentar los incentivos.
- El fortalecimiento de las **capacidades para prevenir, detectar y responder a potenciales brotes** aumentaría la resiliencia del sistema. Resulta particularmente relevante el enfoque **Una Salud**, que incluye la vigilancia de las enfermedades humanas, así como las de origen animal y ambiental.



Más información aquí

RECTORÍA

Más y mejor información para la rectoría del MSPBS

- Para esto se podría **extender la implementación del Sistema de Información de Salud y la inversión en TICs**, que permita cubrir otras áreas, como la historia clínica electrónica.