



EXPERIENCIAS EN INNOVACIÓN SOCIAL Ciclo 2005-2006

“Programa Comunitario de Salud- Salud Responsabilidad de Todos” Fram, Departamento de Itapúa, Paraguay

RESUMEN

El Proyecto “Programa Comunitario de Salud- Salud Responsabilidad de Todos” es un modelo de salud que se viene desarrollando en los últimos 13 años y que ha permitido pasar de un sistema centralizado, con un centro de salud prácticamente ausente y lejano a la población y sus necesidades, a un programa de salud descentralizado, construido y apoyado por la comunidad, las autoridades locales y el personal médico, y que incluye múltiples actividades de salud pública. Hoy en día es considerado un ejemplo de gestión pública local participativa. En 1997, la ciudad de Fram, donde se inició el proyecto, fue catalogada como comunidad saludable por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en virtud de los logros en materia de atención de la salud a los pobladores. Además, fue nombrado como Modelo Distrital de Descentralización por la Gobernación de Itapúa y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay en el 2000.

Entre los principales logros se destaca el haber alcanzado el 96,7% de los partos atendidos por personal capacitado, 98% en cobertura de inmunizaciones y citología cervicouterina a más del 50% de las mujeres en edad fértil. Sin embargo, el más destacado de los resultados es el haber logrado un modelo de gestión de salud, operativo, financieramente sustentable y capaz de atender las necesidades reales de la población y trabajar de manera mancomunada con toda la comunidad, al igual que con las autoridades distritales, departamentales y nacionales.

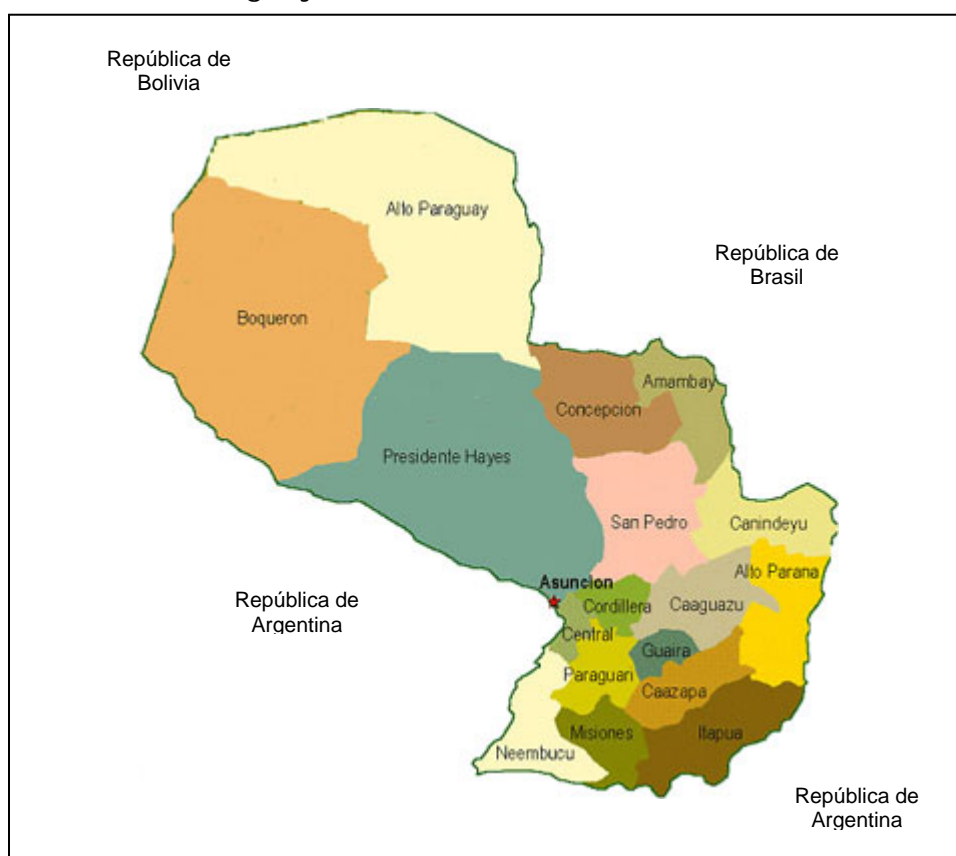
La innovación en el sistema de operación, que se describe en detalle más adelante, así como los resultados que se han destacado hicieron que este proyecto fuera merecedor del cuarto lugar, entre 1.000 postulaciones recibidas en el ciclo 2005-2006 del Concurso “Experiencias en Innovación Social”, iniciativa de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) con apoyo de la Fundación W.K. Kellogg.

CONTEXTO GENERAL

Contexto socioeconómico

La República de Paraguay está dividida, política y administrativamente, en 17 departamentos, de los cuales 14 se encuentran en la Región Oriental y tres en la Región Occidental. Itapúa, el departamento en donde se lleva a cabo este proyecto, se encuentra en la primera. Los departamentos se subdividen en distritos y localidades. El país tiene una superficie de 406.752 km², con 12,7 habitantes por kilómetro cuadrado^{1/}.

Mapa 1
Paraguay: División Político-Administrativa



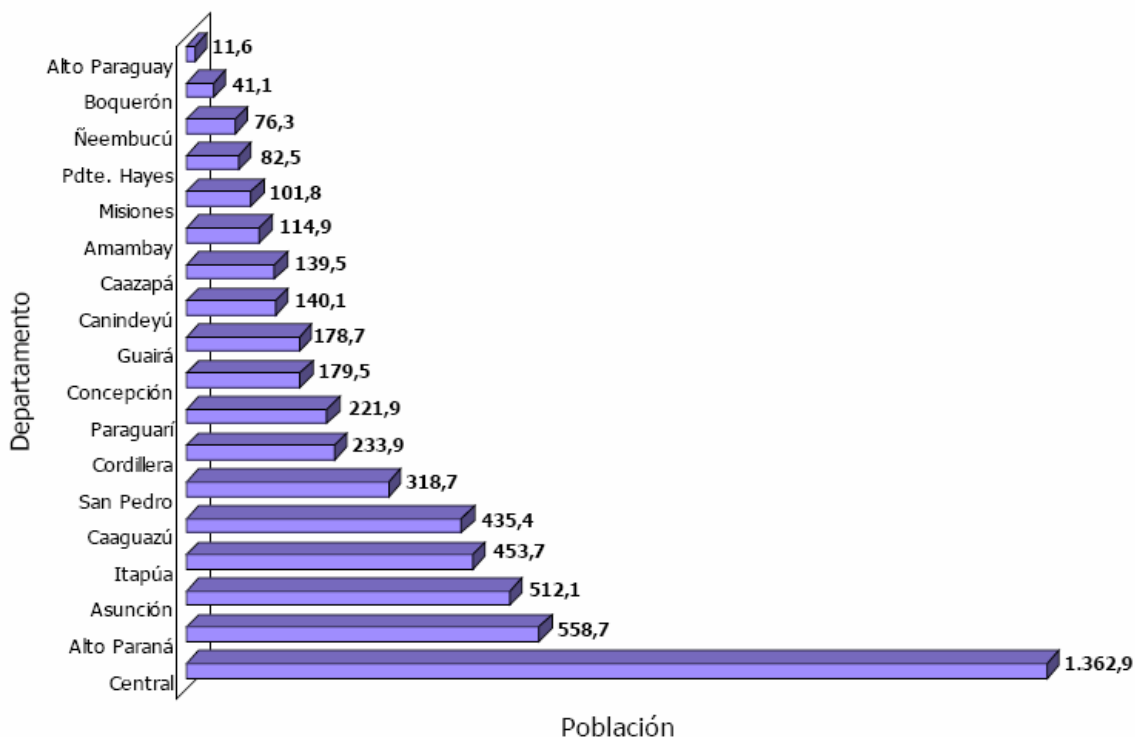
Fuente: Dirección de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay 2002.

De acuerdo con los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del Paraguay 2002, el país tiene un total de 5.163.198 habitantes, de los cuales el 74% está concentrado en los Departamentos Central, Alto Paraná, Asunción e Itapúa, con una decidida superioridad del Central. (Ver Gráfico 1)

^{1/} Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Atlas Censal del Paraguay 2002. http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Atlas%20Censal%20del%20Paraguay/atlas_censal_paraguay.html?PHPSESSID=ee656c8bb4768db72bcc1565d3c7e6

Gráfico 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN (en miles) POR DEPARTAMENTO.
AÑO 2002**



Cuadro 2.1.1

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos.

En los últimos 50 años, el país ha cuadruplicado su población y si mantiene la tasa actual de crecimiento (2,41%^{2/}), se estima que la misma se duplicaría en aproximadamente 30 años^{1,3/}.

De la población total en el país, 57% vive en zonas urbanas y el restante en zonas rurales. Esto produce una situación de alta concentración urbana en una reducida superficie territorial: el 65% de la población urbana se concentra en sólo el 5% del territorio nacional.

El grupo poblacional paraguayo se compone de descendientes de españoles y guaraníes, así como de inmigrantes europeos. Según el II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002, se contabilizaron 89.169 personas pertenecientes a pueblos indígenas, lo cual corresponde a menos del 2% de la población total del país. Más de la mitad de la población indígena se ubica en la región oriente del

^{2/}Central Intelligence Agency. The World Factbook 2007. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/pa.html>

^{3/} CELADE-Población y Desarrollo, CEPAL. Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. <http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/intentoBD-2002.htm>

país.^{4/} Sin embargo, vale recordar que el Paraguay tiene dos idiomas oficiales, el español y el guaraní, con lo cual prácticamente toda la población habla guaraní y muchos de estos, especialmente las mujeres de zonas rurales, no hablan el español.

Acercándonos al tema del proyecto que es la salud, Paraguay tiene una tasa global de fecundidad (2.9 hijos por mujer)^{5/} mayor que el promedio regional de 2.5. en Sur América sólo es superada por la de Bolivia (4.0)^{6/}.

Respecto a los grupos etáreos, se consideran cuatro categorías: infantil (menor de 15 años), juvenil (15 a 29 años), adulta (30 a 59 años) y de adultos mayores (de 60 y más años). De éstas, el grupo infantil es el más numeroso con 37% del total nacional. Por otro lado, el 40% de las mujeres tiene entre 15 y 39 años.

La población alfabeta ha aumentado notablemente en los últimos 40 años. Actualmente, el 92% de las personas de 15 años y más de edad tienen el segundo grado aprobado y una de cada tres personas de siete o más años está asistiendo a una institución educativa. No obstante, los datos locales son completamente distintos. En un trabajo realizado en el 2005 por el CLS de Fram sobre 100 mujeres en edad fértil que firmaron una planilla para retirar medicamentos gratuitos, una no sabía firmar y de las 99 restantes se les pidió leer una frase sencilla "Fram, la más bonita" y 24 de ellas que habían firmado no podían leer la frase y 25 sólo cursaron entre el segundo y tercer grado. Si se toma esto en consideración más el analfabetismo funcional realmente habría que preguntarse el nivel real de alfabetismo en la zona.

La población económicamente activa (PEA)^{7/} ha venido creciendo en las últimas décadas, alcanzando en la actualidad 1.980.492 personas, de las cuales cerca del 94% están ocupadas. En el 2005, la tasa de desempleo total^{8/} fue de 9,4% y la tasa de desempleo abierto^{9/} creció del 6,8% al 7,6% entre los años 1999 y 2000-2001. Por otro lado, la tasa de subempleo aumentó casi 5 puntos durante los mismos años, indicadores muy sensibles al comportamiento macroeconómico del país. Además, vale decir, que dos de cada cinco trabajadores ocupados no son asalariados (trabajan por su cuenta o como patronos) y aproximadamente el 63,4% de la fuerza de trabajo está en el sector informal^{10/}.

En el último cuatrienio (2003-2006) América Latina ha tenido un mejor desempeño social especialmente en la tasa de pobreza. No obstante, Paraguay sigue estando en el grupo de países con altos niveles de pobreza, junto con Bolivia y Honduras^{11/} (ver cuadro 1), a pesar de los enormes esfuerzos que ha realizado por disminuir estos índices.

^{4/} DGEEC. Anuario Estadístico del Paraguay 2004.

<http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Anuario2004/Indice.pdf>

^{5/}Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva-ENDSSR. Asunción: 2004.

^{6/} Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2005.

^{7/} La PEA está constituida por todas las personas de 10 años en adelante que brindan mano de obra para la producción de bienes y servicios. DGEEC. Paraguay 2002

^{8/}Observatorio de la Economía de Paraguay. Datos macroeconómicos. <http://www.eumed.net/oe-py/dat/dm1.htm>

^{9/} DGEEC. Encuesta Integrada de Hogares 2000/01. Principales Resultados. Paraguay 2002

^{10/} Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; DGEEC; OPS/OMS. Exclusión Social en Salud. Paraguay Octubre 2003

^{11/} CEPAL. Documento Informativo: Panorama Social de América Latina 2006. Diciembre 2006

Cuadro 1
AMÉRICA LATINA (18 PAÍSES): PERSONAS EN SITUACIÓN DE POBREZA E INDIGENCIA,
1998/1999-2003/2005
(En porcentajes)

País	1998/1999			2000/2002			2003/2005		
	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia	Año	Pobreza	Indigencia
Argentina a/	1999	23,7	6,6	2002	45,4	20,9	2005	26,0	9,1
Bolivia	1999	60,6	36,4	2002	62,4	37,1	2004	63,9	34,7
Brasil	1999	37,5	12,9	2001	37,5	13,2	2005	36,3	10,6
Chile	1998	23,2	5,7	2000	20,2	5,6	2003	18,7	4,7
Colombia	1999	54,9	26,8	2002	51,1	24,6	2005	46,8	20,2
Costa Rica	1999	20,3	7,8	2002	20,3	8,2	2005	21,1	7,0
Ecuador a/	1999	63,5	31,3	2002	49,0	19,4	2005	45,2	17,1
El Salvador	1999	49,8	21,9	2001	48,9	22,1	2004	47,5	19,0
Guatemala	1998	61,1	31,6	2002	60,2	30,9
Honduras	1999	79,7	56,8	2002	77,3	54,4	2003	74,8	53,9
México	1998	46,9	18,5	2002	39,4	12,6	2005	35,5	11,7
Nicaragua	1998	69,9	44,6	2001	69,4	42,4
Panamá	1999 a/	25,7	8,1	2002	34,0	17,4	2005	33,0	15,7
Paraguay	1999	60,6	33,8	2001	61,0	33,2	2005	60,5	32,1
Perú	1999	48,6	22,4	2001 b/	54,8	24,4	2004 b/	51,1	18,9
Rep. Dominicana	2000	46,9	22,1	2002	44,9	20,3	2005	47,5	24,6
Uruguay a/	1999	9,4	1,8	2002	15,4	2,5	2005	18,8	4,1
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	1999	49,4	21,7	2002	48,6	22,2	2005	37,1	15,9

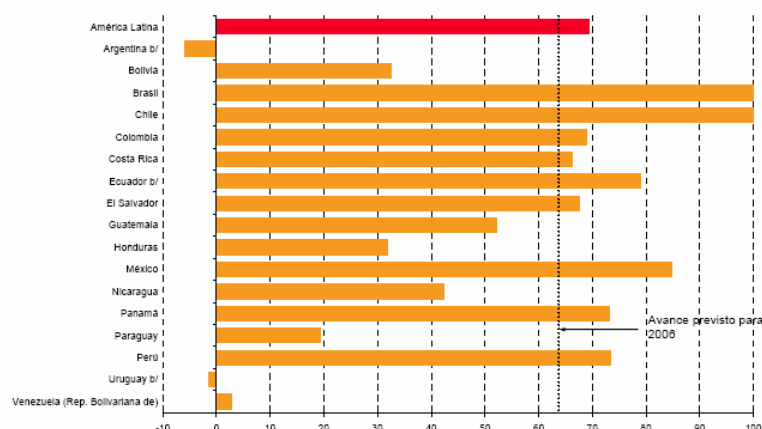
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ Área urbana.

b/ Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de Perú. Estos valores no son comparables con los de años anteriores debido al cambio del marco muestral de la encuesta de hogares.

Esta situación coloca al Paraguay relativamente lejos del cumplimiento de la meta del milenio de reducir a la mitad la pobreza extrema para el 2015. Como se aprecia en el gráfico 2, Paraguay ha avanzado, para el 2006, menos del 40% de lo previsto para este año.

Gráfico 2
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES): AVANCE EN LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EXTREMA
 ENTRE 1990 Y 2006 a/**
 (En porcentajes)



Fuente: CEPAL, Panorama Social, 2006

Por otra parte, el gasto social, como proporción del PIB, es bajo con relación al promedio de América Latina (9% vs 15.1%) y se ha mantenido prácticamente constante a partir de 1998^{12/}. Este comportamiento del gasto explica, en parte, el poco avance en la reducción de la pobreza y la indigencia.

En Paraguay, al igual que la mayor parte de los países de la región, se ha deteriorado la distribución del ingreso desde 1990, si bien en los últimos dos años ha mostrado una leve mejoría. Ver Cuadro 2

Cuadro 2
 Índice de concentración del ingreso
 Paraguay 1990-2005

Años	Gini a/
1990 c/	0.447
1996 b/	0.493
1999	0.565
2001	0.570
2004	0.548
2005	0.536

Fuente: Cepal, Panorama Social 2006

a/ Incluye a personas con ingreso igual a cero

b/ Total urbano

c/ Área metropolitana de Asunción

Con los niveles de pobreza e indigencia que enfrenta el país no es de extrañar las altas tasas de mortalidad infantil, deserción escolar y desnutrición: En 2003 la mortalidad infantil en Paraguay alcanzó 37 por mil niños nacidos vivos y la tasa de mortalidad de menores de 5 años 45 por mil niños nacidos vivos, mientras en

^{12/}CEPAL, Panorama Social de América Latina 2006.

América Latina y el Caribe las cifras respectivas eran de 26 y 33. En 2000-2002, el 14% de la población paraguaya se encontraba subnutrida, frente al 10% en el promedio de la región. La tasa de deserción escolar es de 32.2% solo superada en Sur América por la de Bolivia^{13/}.

Con excepción del período 2001 – 2003, afectado en América Latina por el comportamiento de la economía argentina, el Paraguay siempre ha presentado tasas de crecimiento del PIB, tanto total como per cápita, inferiores al promedio de la región. (Cuadro 3) Dentro de los sectores económicos de mayor importancia – medida en relación a su participación en el PIB - se encuentran el sector de la construcción, que en 2004, representó el 49%, seguido de la agricultura y ganadería con una participación del 22%^{14/}.

Cuadro No. 3

PARAGUAY: PRINCIPALES INDICADORES ECONÓMICOS

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
	Tasas anuales de variación ^b								
Producto interno bruto total	3,0	0,6	-1,5	-3,3	2,1	0,0	3,8	4,1	2,9
Producto interno bruto por habitante	0,3	-2,0	-4,0	-5,8	-0,5	-2,5	1,3	1,6	0,5
Producto interno bruto sectorial									
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura y pesca	6,9	1,2	1,3	-7,0	11,6	4,2	8,0	3,9	0,1
Minería	-3,0	-3,8	-0,4	-5,2	-8,3	-9,1	15,6	2,7	7,8
Industria manufacturera	0,8	-0,2	-1,9	-0,9	-0,6	-1,4	0,7	3,3	2,6
Electricidad, gas y agua	2,4	1,9	1,7	1,9	1,9	1,1	4,6	3,6	2,1
Construcción	-2,5	-0,7	-5,8	-7,8	-1,4	-8,9	14,4	2,1	5,5
Comercio al por mayor y al por menor, restaurantes y hoteles	-1,2	1,5	-6,0	-3,6	0,0	-1,6	5,5	5,1	3,7
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	18,7	2,2	1,3	1,4	2,1	2,0	0,7	9,6	6,5
Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles y servicios prestados a las empresas	1,9	-1,9	0,6	-0,7	1,2	0,8	-4,9	2,1	3,3
Servicios comunales, sociales y personales	4,2	0,9	0,8	-0,4	-5,1	-1,1	0,5	2,7	5,2
Empleo									
Tasa de actividad ^l	...	57,9	57,3	63,7	59,2	61,2	59,8	63,4	61,8
Tasa de desempleo abierto ^k	7,1	6,6	9,4	10,0	10,8	14,7	11,2	10,0	7,6
Tasa de subempleo visible ^k	6,3	5,9	5,3	8,2	7,4	8,1	7,8	7,5	6,9
Promedio América Latina y el Caribe									
PIB		2,6	0,4	3,9	0,3	-0,8	2,0	5,9	4,5
PIB per capital		0,9	1,2	2,3	- 1,3	-2,3	0,5	4,4	3,0

Fuente: CEPAL, Estudio económico de América Latina y el Caribe. 2005-2006

Paraguay es un país en donde 6 de cada 10 trabajadores no son asalariados y generan sus ingresos a través de la venta directa de sus propios productos o servicios^{15/}. Esta situación afecta los niveles de afiliación a sistemas de seguridad social.

La situación socio-económica se ha visto afectada por la inestabilidad política y la falta de confianza en las instituciones. Desde el retorno de la democracia en 1989, Paraguay ha enfrentado varios intentos de golpes militares y tensiones continuas entre las fuerzas armadas y el poder ejecutivo^{16/}. En general, las encuestas^{17/} relevan la falta de confianza y satisfacción con el desempeño de las instituciones y la economía nacional, lo que no sólo favorece un ambiente de desaliento y

^{13/} CEPAL. Panorama Social de América Latina 2005.

^{14/} CEPAL. Cálculos en base a los datos de Cuentas Nacionales del Anuario Estadístico 2006, CEPAL

^{15/} Indicadores del Mercado Laboral Paraguayo, EHP 2004

^{16/} Para mayores detalles del período post-dictatorial en Paraguay, véase Lambert/Nickson (1997).

^{17/} Cifras de Latinobarómetro 1995-2005.

pesimismo, sino presenta un reto constante para el arraigo de la democracia. Esto queda reflejado en la evaluación del Estado como garante del sistema legal (en 2005 los paraguayos concedieron a su estado 4,1 de 10 puntos para el logro en el cumplimiento de las leyes, comparado con 5,1 promedio regional), pero también en la confianza en el buen gasto de los impuestos (sólo un 16% de los paraguayos confía en éste, comparado con un promedio del 21% en América Latina). La percibida incapacidad de asegurar el cumplimiento de las leyes repercute profundamente en el ejercicio de la ciudadanía, ya que “si el estado no logra que se apliquen bien las leyes, entonces cual es el valor de cumplirlas, si no valen todas para todos por igual.”^{18/} El 68% de las y los paraguayos además piensa que “la política es tan complicada que no se entiende” (55% promedio regional).

Como lo expresa el informe de Transparencia Internacional en el “Barómetro Global de la Corrupción 2005”, Paraguay figura en primer lugar de una lista de 69 países, dado que el 43% de los encuestados contestaron haber pagado una “coima” (soborno) durante los últimos 12 meses ^{19/}. Quedó demostrado que la población está conciente de ese malestar, cuando en 2005, el 95,6% de los ciudadanos paraguayos calificó como “muy corrupto” o “corrupto” la realidad de su país ^{20/}. Según Transparency International, “la corrupción es una de las mayores causas de la pobreza, a la vez que representa una barrera para combatirla... ambos flagelos se alimentan mutuamente atrapando a la población en un círculo vicioso de miseria” ^{21/}.

Todos estos indicadores quedan subsumidos entre otros en el apoyo a la democracia que en Paraguay se encuentra muy por debajo del promedio latinoamericano ya bastante delgado (véase Gráfico 3).

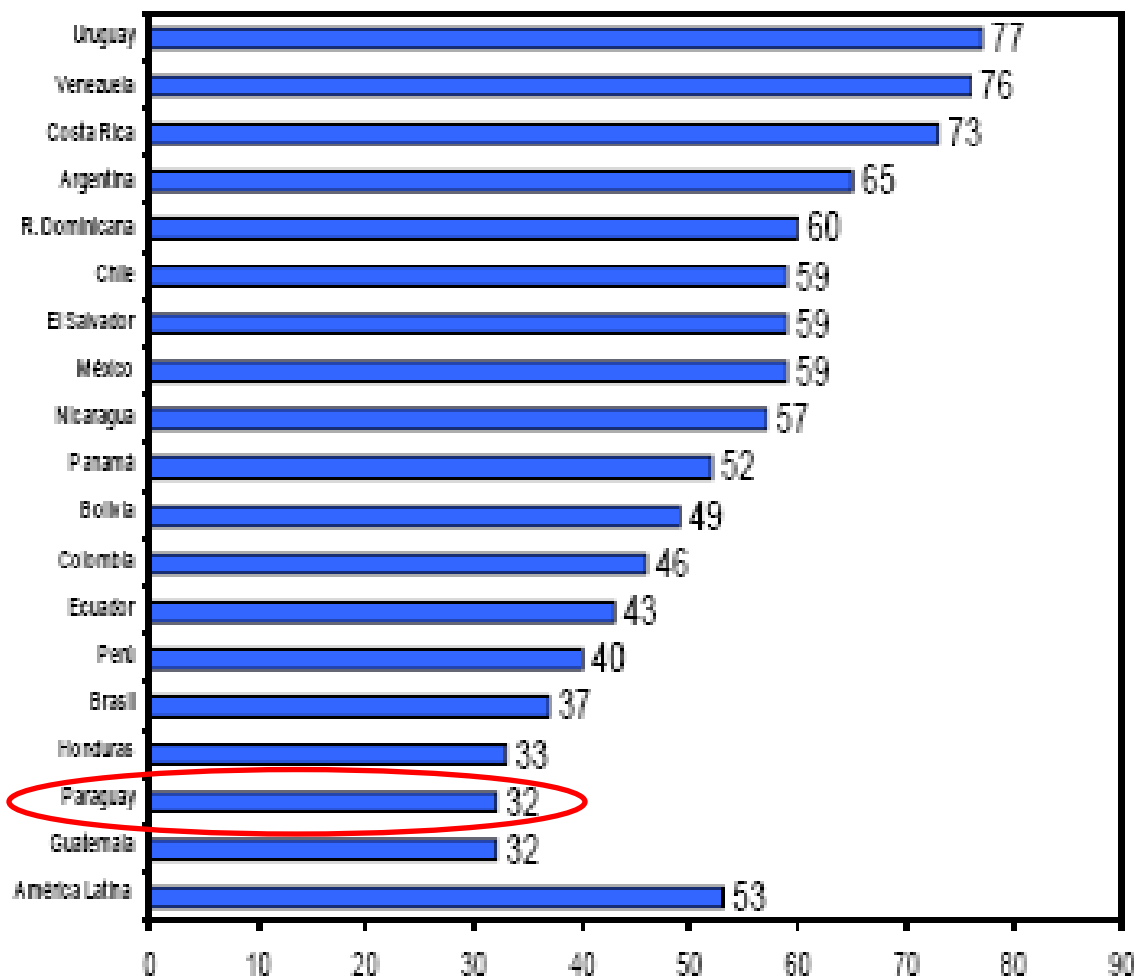
^{18/} Cifras del Latinobarómetro 1995-2005.

^{19/} Transparency Internacional (2005a). Le siguen Camerún (43%), Camboya (36%) y México (31%).

^{20/} Transparency Internacional (2006). Paraguay se encuentra entre los países con mayor percepción de la corrupción a nivel mundial, como muestra el Índice de Percepción de la Corrupción 2005 de Transparency Internacional: En una lista de 159 países, Paraguay se encuentra en el lugar 147.

^{21/} Transparency Internacional (2005b).

Gráfico 3
Apoyo a la democracia por país, 2005 (%)



Fuente: Latinobarómetro 1995-2005.

La desconfianza y el pesimismo quedan reflejados también en la percepción de la población paraguaya sobre el futuro: en 2005, un 22% de los paraguayos encuestados percibía que el país estaba progresando (promedio regional: 31%), y un 44% creía que sus hijos iban a vivir mejor. La última cifra contrasta fuertemente con la visión positiva del pasado (el 75% de los paraguayos cree que sus padres vivían mejor, mientras el promedio latinoamericano es de un 55%)^{22/}.

El Departamento de Itapúa, en donde se ejecuta este programa de salud, tiene un total de 453.692 habitantes, es el cuarto departamento más poblado del país y su población representa el 8.8% del total nacional.

^{22/} Esta percepción también da cuenta de las raíces débiles de la democracia en Paraguay, considerando que los padres vivían 35 años bajo la dictadura de Alfredo Stroessner (1954-1989). Considerando que muchos países latinoamericanos vivieron regímenes autoritarios durante la segunda mitad del siglo veinte, el 62% de la región indica no apoyar a un gobierno militar bajo ninguna circunstancia; en Paraguay esta tasa era de menos de un tercio de la población.

Mapa 2
Departamento de Itapúa, Paraguay



<http://www.senatur.gov.py/Paraguay/imagenes/mapaitapua.jpg>

El 69% de la población vive en zonas rurales, con una tasa de ocupación del 95.8%. El 67% de su población es menor de 29 años y sólo el 6% es mayor de 60 años, distribución de población por edad muy similar al del promedio del país (64% y 7% respectivamente), pero con menores niveles de envejecimiento que el promedio de la región. (Ver cuadro 4)

Al igual que en el conjunto del país, las principales actividades económicas de Itapúa son la agricultura y la ganadería ^{23/}. En la primera se destaca la producción de soya, siendo el segundo departamento en importancia en la producción de este oleaginosa. Igualmente cultivan maíz y trigo en cantidades significativas. En la ganadería se destacan los vacunos y los ovinos. (Ver cuadro 4).

^{23/} Banco Central del Paraguay, Gerencia de Estudios Económicos, Departamento de Cuentas Nacionales y Mercado Interno. Cuentas Nacionales 1993 - 2003

Cuadro 4

Itapúa					
Datos Generales	Años				
	1962	1972	1982	1992	2002
Superficie (en Km ²)	16.525	16.525	16.525	16.525	16.525
Densidad	9,1	12,2	15,9	22,8	27,5
Población	149.821	201.411	262.680	377.536	453.692
Urbana	40.066	44.658	61.788	110.640	139.045
Rural	109.755	156.753	200.892	266.896	314.647
Varones	75.169	102.288	134.944	192.889	233.924
Mujeres	74.652	99.123	127.736	184.647	219.768
Indígena	-	-	-	298	2.146
Por grupos de edad					
Menores de 15	71.228	96.052	117.407	174.717	180.361
De 15 a 29	34.999	48.514	71.184	89.817	122.432
De 30 a 59	35.123	48.105	58.989	90.402	121.258
De 60 años y más	8.471	11.740	15.100	22.600	29.641
Con nacimiento registrado (%)	-	-	-	-	92,8
Con Cédula de Identidad (%)	-	-	-	-	63,9
Vivienda particular					
Ocupada con personas presentes	27.549	36.493	49.371	75.470	96.218
Con luz eléctrica (%)	4,9	8,9	19,5	38,0	86,3
Con agua corriente (%)	0,0	-	7,5	19,0	34,9
Con baño con pozo ciego y/o red cloacal (%)	0,6	2,6	8,3	17,7	42,9
Con recolección de basura (%)	3,0	1,5	2,2	8,2	18,8
Promedio de personas en viviendas particulares	5,4	5,5	5,3	5,0	4,7
Educación					
Estudiantes matriculados					
En nivel primario (b)	25.572	37.666	52.230	75.969	93.882
En nivel secundario (c)	2.014	3.299	7.514	10.280	33.197
En la Universidad Nacional	-	-	-	-	158
En la Universidad Católica	105	-	1.022	1.800	2.848
Asistencia actual de 7 años y más de edad	28.713	43.700	51.523	83.990	119.982
Población alfabeta de 15 años y más de edad	57.604	79.682	103.946	178.213	247.970
Número de locales (primaria y secundaria)	-	361	511	675	949
Número de cargos docentes en primaria	-	1.246	2.150	3.535	4.594
Índice de crecimiento:					
De la matrícula en primaria	100	147	204	297	367
De cargos docentes en primaria	-	100	173	284	369
Salud					
Cantidad de centros de salud y puestos sanitarios	11	17	35	67	86
Número de camas por cada 10.000 habitantes	5,3	5,7	6,0	4,5	5,7
Economía					
Población Económicamente Activa (PEA) (d)	47.649	63.780	87.308	116.305	162.079
Tasa de ocupación	98,3	98,4	97,1	98,3	95,9
PEA por sectores económicos					
Primario	35.018	47.130	59.530	63.386	74.057
Secundario	4.839	5.221	9.450	15.518	21.807
Terciario	6.831	9.160	14.280	34.351	63.645
Otro	961	2.269	4.048	3.050	2.570
Producción					
Agrícola (en toneladas cosechadas)					
Algodón	5.200	4.978	37.184	55.577	17.961
Arroz (con riego/secano)	6.700	11.057	28.805	26.490	27.156
Caña de azúcar	18.000	20	28.800	28.540	24.124
Maíz	29.100	40.502	97.060	90.880	161.252
Soja	-	54.194	342.048	476.060	982.558
Tabaco	690	482	200	490	492
Trigo	3.950	4.464	58.900	150.874	151.009
Ganadera (en miles de cabezas)					
Vacunos	-	219,4	280,2	525,0	484,8
Porcinos	-	114,9	168,9	219,0	267,6
Ovinos	-	20,4	22,9	29,7	33,9
Equinos	-	32,4	28,4	30,7	36,9
Caprinos	-	1,5	3,5	5,7	6,2

(b) No incluye matrícula indígena ni educación especial en el periodo 1962-1992. Equivale al primer y segundo ciclo de la Educación Escolar Básica vigente; incluye matrícula indígena y no educación especial en 2002.

(c) En el periodo 1962-1992 matriculados en secundaria no incluyen colegios técnicos, información que sí contiene el año 2002.

(d) De 1962 a 1982 incluye a la población de 12 años y más de edad, a partir de 1992 a la de 10 años y más.

Fuente: DGEEC, Paraguay. Atlas Censal del Paraguay, Itapúa

Itapúa ocupa el noveno lugar, entre los 18 departamentos de Paraguay, en relación con las necesidades básicas insatisfechas tomando el indicador de capacidad de subsistencia (Ver cuadro 5), con un porcentaje de 17.0%, con una diferencia de 10.8 puntos porcentuales con relación a la que presenta un menor índice (Asunción, con 6.2%) y 7.1 puntos porcentuales más bajo que aquella con la mayor proporción de NBI por este tipo de indicador (Departamento del Boquerón, con 24.1%).

Dada la importancia de la infraestructura sanitaria y las condiciones de la vivienda en las condiciones de salud de la población, analizamos la situación específica de Itapúa a este respecto y encontramos que en infraestructura sanitaria Itapúa ocupa el sexto lugar con un 17.7%, que como vemos es levemente superior al de la capacidad de subsistencia. Se sitúa 11.4 puntos porcentuales por encima de Asunción, que nuevamente es la que presenta un menor índice de NBI por infraestructura. En cuanto a la calidad de la vivienda, nuevamente ocupa el sexto lugar, en el cual una tercera parte de su población tiene NBI por calidad de la vivienda. En este indicador se debe destacar que el índice de NBI por esta variable es significativamente alto para todo el país. El menor porcentaje, otra vez en Asunción con 17.0% y el mayor en Alto Paraguay con 66.1%. Esta es claramente una variable que requiere urgente atención. (Ver Cuadro 5)

Cuadro 5

**Necesidades Básicas Insatisfechas por tipo, según Departamento y Distrito.
Resultados Preliminares - Muestra 10% del Censo 2002**

Cuadro 3.1:

Paraguay: Población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

	Población Total	NBI en Acceso a Educación	NBI en Calidad de la Vivienda	NBI en Infraestructura Sanitaria	NBI en Capacidad de Subsistencia	Al menos una NBI
Paraguay Total	5.144.338					
Asunción	496.457	3,6	17,0	6,3	6,2	24,1
Concepción	178.370	9,2	44,4	27,5	18,8	61,3
San Pedro	318.454	10,2	47,1	14,6	19,3	58,6
Cordillera	232.140	6,9	36,8	12,1	13,9	47,0
Guaírá	177.095	10,6	37,0	19,2	15,1	52,8
Caaguazú	440.705	8,6	42,1	20,7	15,7	56,4
Caazapá	138.763	12,3	45,1	17,4	19,8	58,0
Itapúa	457.326	10,5	32,6	17,7	17,0	47,8
Misiones	101.343	11,6	19,5	19,2	19,5	48,1
Paraguari	224.092	8,1	34,5	14,8	18,4	47,0
Alto Paraná	557.263	9,3	26,8	24,7	14,2	47,0
Central	1.356.750	4,6	27,8	11,7	9,4	37,8
Ñeembucú	76.297	9,2	32,0	24,7	14,0	49,5
Amambay	114.731	11,1	33,4	34,3	16,6	56,5
Canindeyú	139.129	11,7	43,8	22,3	20,1	60,2
Presidente Hayes	80.549	15,3	48,6	57,2	17,9	75,7
Boquerón	41.979	19,4	49,9	66,7	24,1	87,5
Alto Paraguay	12.894	13,2	66,1	66,1	23,2	95,5

Fuente: DGEEC - Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. (Muestra del 10%).

Dentro del Departamento de Itapúa, los distritos en situaciones más críticas de NBI en Capacidad de Subsistencia son, Leandro Oviedo en primer lugar con 27,7%, seguido por Pirapó y San Pedro del Paraná con 26,7% y 26,4% respectivamente.

Por NBI en Infraestructura Sanitaria son: Alto Verá con 36%, Jesús con 33,3%, Nueva Alborada con 32,7% y Mayor Otaño con 32,3%. Para el indicador por condiciones de vivienda la situación más difícil se presenta en Alto Verá (57.1%), San Pedro del Paraná (46.2%), Leandro Oviedo (44.7%) y Carlos Antonio López (42.1%).

Para el caso específico de Fram, distrito en el que se lleva a cabo este programa de salud, presenta el puesto 19 entre los 224 distritos del país en hogares con NBI por capacidad de subsistencia (11.6%) y el 33 en calidad de la vivienda (17.7%). Con relación a la infraestructura sanitaria, es el distrito ubicado en el lugar 144, sólo superado por ocho distritos en el mismo departamento de Itapúa.^{24/} (Ver Cuadro 6)

Cuadro 6
Itapúa: Hogares con NBI en infraestructura sanitaria y población afectada según distrito, 2002

Ubicación (*)	Distrito	Total		Hogares con NBI en infraestructura sanitaria		Población con NBI en infraestructura sanitaria	
		Hogares	Población	Absoluto	%	Absoluto	%
5	Total departamento	96.692	451.247	22.016	22,8	101.698	22,5
7	Cambyretá	6.032	27.714	619	10,3	2.761	10,0
10	General Delgado	1.574	6.602	200	12,7	766	11,6
27	Leandro Oviedo	920	4.353	145	15,8	601	13,8
37	Hohenau	2.298	9.444	392	17,1	1.765	18,7
38	Encarnación	21.714	92.530	3.736	17,2	16.215	17,5
41	Edelira	4.309	22.134	761	17,7	3.707	16,8
46	La Paz	671	3.036	122	18,2	609	20,1
47	Capitán Miranda	1.979	8.662	360	18,2	1.579	18,2
54	San Cosme y Damián	1.587	7.310	295	18,6	1.187	16,2
59	Bella Vista	2.036	9.179	391	19,2	1.863	20,3
63	Capitán Meza	2.153	10.367	422	19,6	1.977	19,1
81	Natalio	3.811	19.418	796	20,9	3.915	20,2
90	San Juan del Paraná	1.496	6.929	327	21,9	1.463	21,1
95	San Rafael del Paraná	3.994	20.413	912	22,8	4.335	21,2
99	Carlos Antonio López	3.579	17.479	823	23,0	3.813	21,8
124	Tomás Romero Pereira	5.237	27.207	1.315	25,1	6.636	24,4
131	Coronel Bogado	3.965	16.995	1.021	25,8	4.394	25,9
134	San Pedro del Paraná	5.710	28.547	1.489	26,1	7.217	25,3
138	Itapúa Poty	2.768	14.632	736	26,6	3.629	24,8
140	Obligado	2.597	11.260	697	26,8	3.308	29,4
143	General Artigas	2.477	11.039	673	27,2	2.795	25,3
144	Fram	1.504	6.902	410	27,3	1.972	28,6
146	Yatyty	2.238	11.408	617	27,6	2.989	26,2
148	Pirapó	1.499	6.666	416	27,8	1.964	29,5
191	Trinidad	1.539	6.873	550	35,7	2.385	34,7
198	Nueva Alborada	1.309	6.529	512	39,1	2.481	38,0
200	Carmen del Paraná	1.462	6.128	589	40,3	2.443	39,9
201	Jesús	1.271	5.552	514	40,4	2.175	39,2
202	Mayor Otaño	2.384	12.141	981	41,2	4.582	37,7
209	Alto Verá	2.579	13.798	1.195	46,3	6.172	44,7

Fuente: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas, 2002.

(*) Posición con relación a los 224 distritos del país. / Ordenado en función al % de hogares con NBI.

En Itapúa hay distritos que presentan altos índices de infraestructura sanitaria pero también hay otros con números totalmente opuestos. Las diferencias entre los distritos más y menos carenciados es de 34 puntos porcentuales.

^{24/}DGEEC. Atlas de las Necesidades Básicas. Paraguay, 2002.

http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Atlas%20NBI/atlas_nbi_paraguay.html?PHPSESSID=2d2c2c45af8f3b5cfb6ed5bc758e251b

La Salud en el Paraguay

El sistema de salud de Paraguay es un modelo mixto con una estructura altamente centralizada. El proceso de reforma del sector salud en el país se inicia a través de la promulgación de la Ley 1032²⁵/ sancionada en 1996, que crea el Sistema Nacional de Salud, el cual contempla los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social. A su vez, la Ley adoptó una estructura similar al marco gubernamental general de tres niveles para propósitos administrativos: nacional, departamental y municipal.

El surgimiento del Sistema Nacional de Salud significó el movimiento hacia la descentralización en salud y por lo tanto, la creación de Secretarías de salud, regionales y locales. Por ende, cada departamento se convierte en Región Sanitaria con alguna autonomía, pero sin derecho a tomar decisiones, ya que actúan principalmente como agentes del Ministerio de Salud. Los recursos humanos son asignados y controlados por el nivel central, lo cual a juicio de los responsables de este programa, crea ciertos problemas entre las asignaciones y las necesidades locales. La misma situación se observa en otros aspectos de la administración de la atención de salud, como la compra de medicamentos y suministros esenciales, y las políticas arancelarias.²⁶/

Actualmente, en el sistema de salud participan tres proveedores de servicio:

- Sector público, a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSP y BS), la Universidad Nacional, la Sanidad Militar y Policial;
- Instituto de Previsión Social (IPS);
- Sector privado

Estas entidades prestadoras tienen una separación clara de funciones. El MSPyBS desarrolla las funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El IPS y el sector privado desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento. Hay que tener presente que en el Paraguay, los servicios de salud, incluso los públicos, no son gratuitos, y en este aspecto cada instancia financia la prestación de servicios de salud en sus propios establecimientos. Solo se hacen excepciones en los casos en los que la persona se encuentre en un estado de extrema pobreza. Para todo el resto de la población, los precios de co-pago van desde US\$ 0,50 a US\$ 150, dentro de un listado de 1.000 prestaciones. Las excepciones son hechas a través de un departamento social donde el beneficiario debe gestionar la exoneración del pago del servicio comprobando su incapacidad para el pago del mismo.

El Ministerio de Salud, financiado con presupuesto de la nación, presta atención, en sus establecimientos, a un precio subsidiado (co-pagos), cobrando aranceles para la mayoría de los procedimientos. El IPS es financiado con un impuesto salarial del 9% para los empleados, 14 % para el empleador y una contribución del 1,5% del gobierno, contribución que teóricamente se reparte entre los diferentes esquemas de seguro (los más importantes: jubilación, discapacidad, fallecimiento y enfermedad) de manera no sistemática y cuya administración depende de una

²⁵/Paraguay. Ley 1032/96 Creación del Sistema Nacional de Salud. <http://www.mspbs.gov.py/cdocu/cdindex.php>

²⁶/ Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Mayo 2005

presidencia y junta directiva electa por el poder ejecutivo. El financiamiento del sector privado se realiza con pagos directos y cotizaciones, sin embargo, los aranceles por servicios de salud no están regulados.^{27/}

Cuadro 7
Organización del Sistema de Salud

Aspecto	Sector Público	Seguridad Social (IPS)	Sector Privado	Integración
Administración	MSPyBS, SM, SP, UNA	Obrero, empleador, Estado	Privada	No existe
Financiamiento	Impuestos generales, Recursos institucionales*, Recursos externos	Aporte de afiliados: Obrero, Empleador Aporte estatal	Pago por servicio, pago de primas	

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; DGEEC; OPS/OMS. Exclusión Social en Salud. Paraguay Octubre 2003

*Los recursos institucionales corresponden a los servicios médicos hospitalarios (co pagos) y otros.

En cuanto a la cobertura del sistema, cabe decir que no es universal. El IPS, presta atención de salud a cerca del 17% de la población. Por otro lado, el sub-sector privado cubre cerca del 10%. El Ministerio de Salud es responsable de la prestación de atención de salud a la población de ingreso bajo y de las actividades de salud pública, y en principio debería prestar atención al resto de la población. No obstante, de acuerdo con un estudio del Banco Mundial, existe un porcentaje significativo de la población que no recibe atención médica. Este informe revela que solo el 49% de los hogares cuyos miembros informan haberse sentido enfermos acudieron a atención médica.^{28/}

En este sentido, y como expresión estricta de las desigualdades en la cobertura, solo 1% de aquellos en los quintiles socioeconómicos más bajos tiene acceso a un seguro de cualquier tipo, desproporcional si se compara con el 46% del quintil más alto. Por otro lado, las cifras de población económicamente inactiva y desempleo abierto en conjunto aumentan el número de personas con alguna dificultad para acceder a la atención en salud.

Tal y como lo analiza el Banco Mundial en su documento "Prestación de los Servicios de Salud en Paraguay"^{29/}, este hecho puede estar relacionado con factores del lado de la oferta y del lado de la demanda, o una combinación de ambos. Justamente el debate sobre la atención de salud en Paraguay se enfoca específicamente en tres problemas que podrían explicar el lento progreso de los resultados: a) cuellos de botella del lado de la demanda y de la oferta en la atención de salud pública que no permiten que el sistema mejore; b) elevado costo para los usuarios; y c) la calidad de la atención en los establecimientos públicos.

^{27/} Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; DGEEC; OPS/OMS. Exclusión Social en Salud. Paraguay Octubre 2003

^{28/} Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Mayo 2005

^{29/} Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Mayo 2005

El problema ha sido identificado por el Gobierno de Paraguay, así lo muestra en el 2003 cuando elaboraron un documento, en conjunto con la OPS/OMS y la DGEEC, en donde se analiza precisamente la exclusión social de la salud en el país.^{30/} En este documento, se establece que “la exclusión responde a diversas causas, como la incapacidad del Sistema de Salud para garantizar la cobertura de servicios de salud a toda la población, que por mandato legal o por afiliación está teóricamente cubierta, déficit de infraestructura adecuada que tiene que ver con la provisión de los servicios de salud y con la entrega de servicios no directamente relacionados con el sector salud pero que la afectan; también son causa de la exclusión social en salud las barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, aún en condiciones de que exista la estructura adecuada”.

En el Informe Mundial 2004^{31/}, la Organización Mundial de la Salud (OMS) brinda información normalizada de todos los países sobre los gastos totales de salud en el período 1997-2001. El cuadro 8 muestra en 20 países el gasto total de salud como porcentaje del PIB y la distribución porcentual del gasto entre los tres subsectores, así como el gasto total per cápita en dólares internacionales en 2001.

^{30/} Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; DGEEC; OPS/OMS. Exclusión Social en Salud. Paraguay Octubre 2003

^{31/} Organización Mundial de la Salud (OMS). World Health Report 2004. <http://www.who.int/whr/2004/en/index.html>

Cuadro 8

Gasto de Salud en Porcentaje del PIB y por Subsectores y Gasto Total per Cápita en Dólares Internacionales, 2001*

(En porcentajes y dólares internacionales per cápita)

Países	Gastos Totales de Salud (%)							Gasto Total Per Cápita (US\$) ^b
	Del PIB	Público ^a	Seguro Social ^a	Privado				
				Total	Familias	Seguros ^a	Otros ^a	
Argentina	9,5	22,1	31,3	46,6	29,1	14,5	3,0	1.130
Bolivia	5,3	22,3	44,0	33,7	28,9	2,6	2,2	125
Brasil	7,6	41,6		58,4	37,4	21,0	0,0	573
Colombia	5,5	49,3	16,4	34,3	22,4	11,9	0,0	356
Costa Rica	7,2	6,3	62,2	31,5	29,0	0,5	2,0	582
Cuba	6,1	86,2	0,0	13,8	10,6	0,0	3,2	229
Chile	7,0	44,0 ^c		56,0	33,4 ^c	22,6 ^c	0,0	792
Ecuador	4,5	27,5	22,8	49,7	36,6	4,7	8,4	177
El Salvador	8,0	25,9	20,8	53,3	50,6	2,6	0,1	376
Guatemala	4,8	22,2	26,1	51,7	44,3	2,7	4,7 ^d	199
Haití	5,0	53,4	0,0 ^e	46,6	46,6 ^e	Nd ^e	Nd ^e	56
Honduras	6,1	43,9	9,2	46,9	41,7	3,5	1,7	153
México	6,1	14,8	29,5	55,7	51,5	2,7	1,5	544
Nicaragua	7,8	33,3	15,2	51,5	47,9	2,1	1,5	158
Panamá	7,0	29,0	40,0	31,0	25,2	5,8	0,0	458
Paraguay	8,0	19,8	18,5	61,7	44,2	17,5	0,0	332
Perú	4,7	26,5	28,5	45,0	36,8	7,2	1,0	231
República Dominicana	6,1	27,9	8,2	63,9	56,5	0,3	7,1 ^d	353
Uruguay	10,9	29,7	16,6	53,7	16,3	37,4 ^f	0,0	971
Venezuela	5,0	49,6	12,5	37,9	36,2	1,7	0,0	386

Fuente: Mesa-Lago, Carmelo. Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL/GTZ. 2005

*Gasto total/PIB de OMS 2004; per cápita en dólares internacionales de OMS 2003.

Nd=no disponible

^a/El subsector público es predominantemente el ministerio pero también incluye otras instituciones en varios países; el seguro social se refiere al programa general pero en algunos países incluye programas separados; los seguros incluyen prepagos, planes de salud, etc.; otros es un residuo no especificado.

^b/Dólares internacionales 2001. La OMS (2004) da 7,2%, una cifra diferente a la basada en estadísticas oficiales que se muestra en el cuadro.

^c/Público-seguro social incluye FONASA, municipios y fuerzas armadas; familias incluye directo y copagos; seguros incluye ISAPRES y mutuales.

^d/Este % tan alto no es explicado y fue consistente en las otras distribuciones en 1997-2000, en Haití se explica por la ayuda externa, pero no en otros países.

^e/Hay seguro social de enfermedad y maternidad (este último iniciado en 1999) pero no implementados del todo y con poquísimos asegurados; no hay virtualmente seguros, prepago o planes de salud; parte del gasto privado es por ONG's, así como clínicas y otros establecimientos, el financiamiento externo es muy importante.

^f/Principalmente mutuales.

El promedio no ponderado del porcentaje gasto en salud/PIB era 6,7% en 2001; cifra que aumentó levemente desde 1997 en el promedio regional. Los países con mayor porcentajes gasto de salud/PIB son generalmente los más desarrollados, con los sistemas de salud más avanzados y cobertura universal o casi universal (7% a 11% en Uruguay, Argentina, Brasil, Costa Rica, Chile y Panamá—ordenados de mayor a menor por su porcentaje), mientras que los países con los niveles más bajos de desarrollo, sistemas de salud y cobertura tienen porcentajes inferiores al promedio regional (4% a 6% en Ecuador, Haití, Perú, Guatemala, Bolivia, Honduras y República Dominicana—ordenados de menor a mayor por su porcentaje).^{32/}

Sin embargo, existen algunas excepciones en la región: Cuba tiene cobertura universal y uno de los sistemas de salud más avanzados en la región, mientras Colombia y México tienen sistemas relativamente avanzados y coberturas altas, pero los tres países exhiben porcentajes algo inferiores al promedio regional (6,1%, 5,5% y 6,1% respectivamente). Por otra parte, en El Salvador, Nicaragua y Paraguay, países de bajo nivel de desarrollo, los sistemas de salud y cobertura tienen un porcentaje por encima del promedio (alrededor de 8%).

Con una porción de 2,6% del PIB, el gasto público en salud en Paraguay se encuentra entre los más bajos de la región.^{33/} Es interesante destacar que si se integra el gasto privado esta cifra disminuye a 1,6% del PIB. Los países menos desarrollados de la región tienen las cifras más altas del gasto de las familias: Honduras, Paraguay, Guatemala, Haití, Nicaragua, El Salvador y República Dominicana. En Paraguay, el 4,2% del gasto del consumo familiar total corresponde al gasto de bolsillo en salud. De este monto casi el 60% se destina a “medicamentos”, 24,1% a “servicios de hospitales, clínicas, etc.”, 12,3% a “laboratorio y rayos X” y el resto a “otros rubros de salud”.

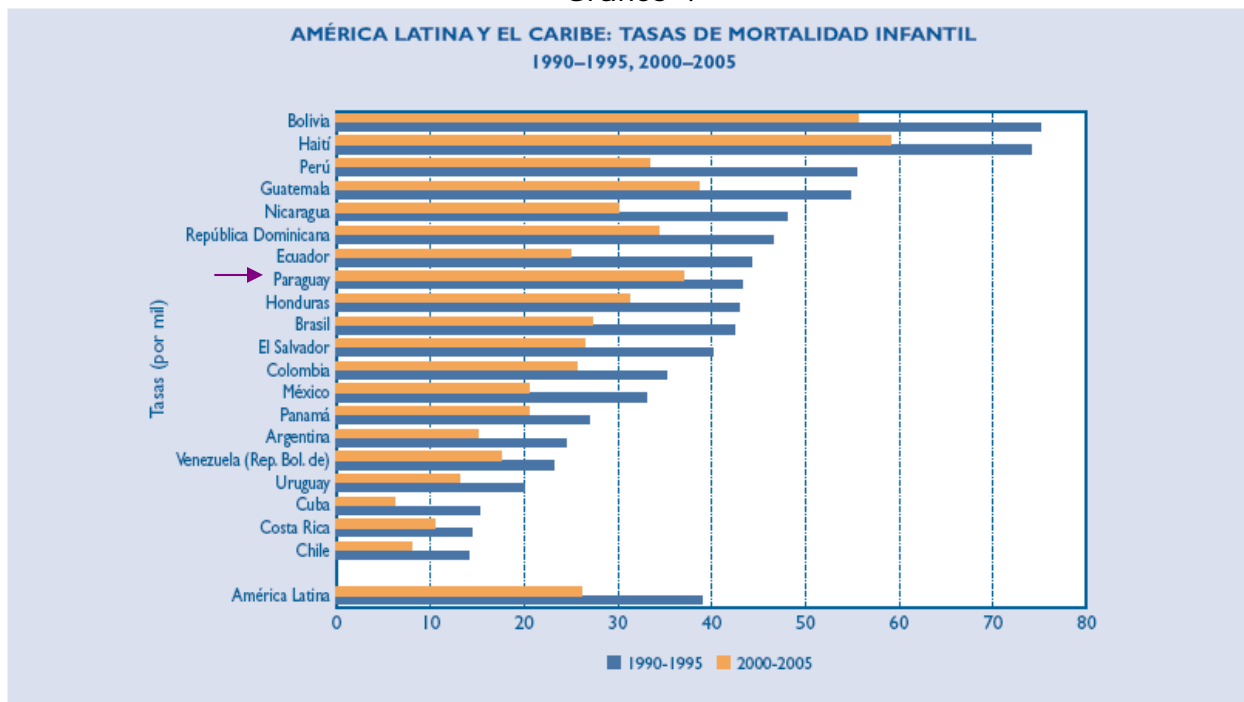
La mayoría de las encuestas de salud para Paraguay muestran disparidades significativas en los resultados por zonas del país, así como también grandes diferencias entre grupos socioeconómicos.

La tasa de mortalidad infantil estimada de Paraguay es más baja que la de países con similares niveles de ingreso. A pesar de que ha sufrido un descenso en el último quinquenio, éste no ha sido muy pronunciado en contraste con otros países de la región. Además, sigue alta con respecto a la tasa de mortalidad infantil para América Latina (ver gráfico 4).

^{32/} Mesa-Lago, Carmelo. Las Reformas de Salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social. CEPAL/GTZ. 2005

^{33/} Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Mayo 2005

Gráfico 4



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estimaciones y proyecciones de población vigentes y Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto, 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.

Por otro lado, el Banco Mundial^{34/} proporciona información sorprendente sobre la tasa de mortalidad infantil así como otros indicadores de salud por grupo socioeconómico (ver cuadro 9).

^{34/} Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Mayo 2005

Cuadro 9
Resultados de salud seleccionados según quintiles de riqueza.
Paraguay, 2000

Indicador	El más pobre	Segundo	Medio	Cuarto	El más rico	Promedio
Tasa de Mortalidad Infantil	42,9	36,5	46,1	33,5	15,7	35,9 ^a
Tasa de Mortalidad de Niños menores de 5 años	57,2	50,0	59,0	39,4	20,1	46,6 ^a
Niños con problemas de desarrollo (%)	22,5	19,0	12,5	6,3	3,0	13,9
Niños con deficiencia de peso (% moderado)	5,9	4,3	4,0	1,8	0,8	3,7 ^a
Visitas de atención prenatal a una persona con entrenamiento médico: médico, enfermera, enfermera partera (%)	69,5	79,5	85,6	94,8	98,5	83,9
Atención del parto por persona con entrenamiento médico (%)	41,2	49,9	69,0	87,9	98,1	66,0
Número de médicos (por 10.000 habitantes)	1,9	2,8	4,2	4,7	6,2	4,0
Número de profesionales de la salud no médicos ^b (por 10.000 habitantes)	1,2	1,4	1,8	1,8	2,1	1,7

Fuente: Datos de Banco Mundial 2000 en Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Mayo 2005

^a/Según datos más recientes de OPS (2002), la tasa de mortalidad infantil sería de 36,4 por 1.000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad en menores de 5 años de 69,4 por 100.000; y la tasa de desnutrición aguda en menores de 5 años sería de 5%.

^b/Incluye a los licenciados en enfermería, obstetricia (además de los pasantes rurales)

La mortalidad infantil es un problema serio en este país sudamericano que además no es ajeno al gran subregistro que existe en la región pero principalmente en las zonas rurales. Se estiman alrededor de 170.000 nacimientos anuales, de los cuales se registran únicamente la mitad. Por otro lado, se estiman unas 7 mil muertes antes de 1 año y de esas se registran apenas la cuarta parte. Así, la tasa de mortalidad infantil registrada está alrededor de 20 por mil nacidos vivos, mientras la tasa estimada estaría entre 36 y 40 por mil nacidos.³⁵ Cerca del 60% de estas muertes ocurre en el período neonatal, lo cual hace imperativo el adecuado control prenatal y la atención del parto por personal capacitado.

³⁵/ OPS. Indicadores Básicos en Salud de la OPS. Paraguay. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_600.htm

En el año 2002, el porcentaje de niños menores de 5 años con desnutrición aguda fue de 5% a nivel nacional, llegando a 6,3% en el área rural. Se estima que el porcentaje de niños con desnutrición leve o riesgo de desnutrición era del 20,5% (área rural, 23,6% y urbana, 17,1%). El porcentaje de niños menores de cinco años con desnutrición crónica, según el indicador talla/edad, fue de 10,9% a nivel nacional (14% rural y 7,4% urbana).^{36/}. Como en la mayor parte de los países de la región los índices se incrementan de manera significativa en las zonas rurales, llegando incluso al doble en el caso del indicador de desnutrición crónica, desde el cual arrancan problemas de inequidad, muy complejos o incluso en ocasiones imposibles de compensar.

Además hay una clara desproporción tanto en los controles prenatales, atención del parto y número de profesionales de la salud en los distintos niveles socioeconómicos. Mientras la atención prenatal y del parto por personal calificado es casi universal para el 20% más rico, es solo de aproximadamente 70% y 41%, respectivamente, para el quintil más pobre.

La mortalidad materna es superior al promedio para América Latina y más bien ha empeorado levemente en los últimos años, y para su nivel de ingreso, está por encima del valor esperado. De hecho, Paraguay está entre los cinco países con la mortalidad materna más alta del continente. En 1999 fue de 114,4 por cien mil nacidos vivos, con una reducción de 23,8% en relación a 1990, correspondiendo un 20% a la mortalidad en adolescentes.

En 2000, 2001 y 2002, con la implementación de la vigilancia de las muertes maternas, las tasas registradas fueron de 154, 160,7 y 182,1 por cien mil nacidos vivos, respectivamente. Al igual que otros indicadores, las tasas de mortalidad materna presentan variación importante entre distintas regiones del país. Según el MSPyBS y la OPS, las causas de muertes maternas en Paraguay están relacionadas con causas prevenibles, barreras de acceso a los servicios de salud y baja utilización de los servicios.^{37/}

La baja utilización de los servicios de salud puede estar relacionada, en algunos casos, al alto costo que debe pagar la población por el uso del servicio de salud y también a la distancia que deben desplazarse las personas para recibir atención. Pero existe una variable adicional que es la capacidad resolutive de los servicios de salud (llámense puestos de salud, centro de salud, hospitales distritales, hospitales regionales), donde la carencia, sobre todo de personal capacitado y en algunos casos de infraestructura, son factores decisivos.

Características del Distrito

El distrito de Fram, lugar donde se ejecuta el proyecto, pertenece al departamento de Itapúa (ver mapa 3). Se encuentra ubicado al sur de Paraguay a 350 km de Asunción, capital del país, y a 53 km de Encarnación, capital del Departamento. El Distrito cuenta con una población de 6.737 habitantes^{38/}, con una densidad de 19,2 habitantes por km². La población está compuesta por un 30% de inmigrantes,

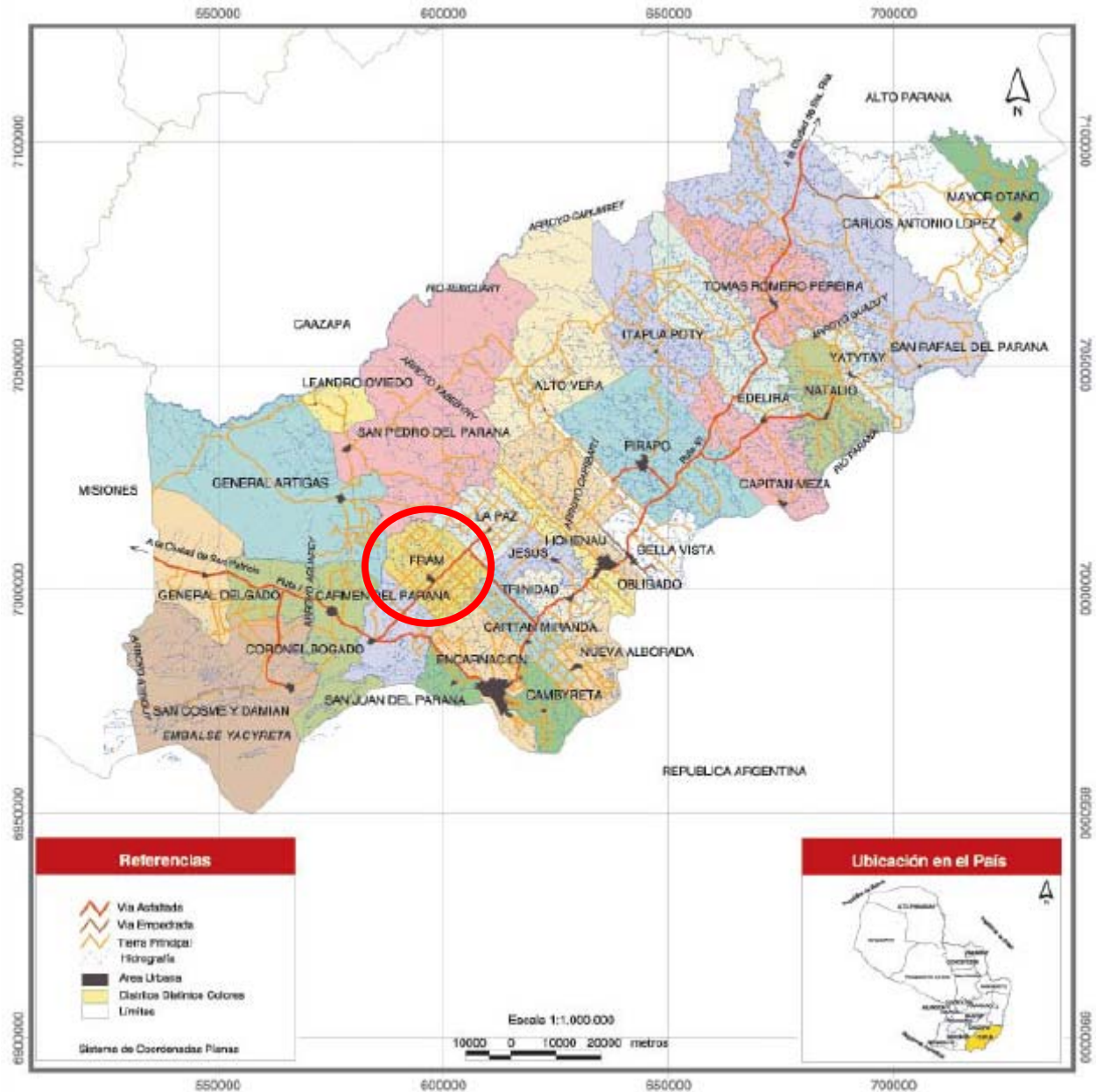
^{36/} OPS. Indicadores Básicos en Salud de la OPS. Paraguay. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_600.htm

^{37/} Banco Mundial. Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Mayo 2005

^{38/} Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD)/Centro de Salud de Fram. Censo Sociosanitario Educativo 2004. http://www.cird.org.py/salud/documentos_det.php?area_id=8

principalmente ucranianos (20%), que generalmente son los de mejor situación socioeconómica.

Mapa 3
Departamento Itapúa, Paraguay



Fuente: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Atlas Censal del Paraguay 2002.

http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/Atlas%20Censal%20del%20Paraguay/atlas_censal_paraguay.html?PHPSESSID=ee656c8bb4768dbeb72bcc1565d3c7e6

El 49,8% de los habitantes de Fram reside en la zona rural. Por otra parte, una de cada dos personas es de género femenino. La población entre 12 y 49 años corresponde al 56,9% y los menores de 12 años son 25,7% de los frameños.

El departamento de Itapúa cuenta con 86 centros de salud y puestos sanitarios de los cuales un centro de salud y un puesto de salud están en el distrito de Fram.^{39/} El centro cuenta con 15 camas y 2 ambulancias mientras que el puesto brinda las atenciones básicas en salud a la población de la zona.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud, hay claras diferencias entre los promedios nacionales y departamentales. Según la Encuesta Permanente de Hogares (2004)^{40/} y el Censo Sociosanitario de Fram^{41/}, y como se observa en el cuadro 10, cerca del 18% a nivel nacional, 12% en Itapúa y 38% tienen algún seguro médico. Esto significa que más de la mitad de la población carece de algún seguro médico a nivel nacional, cifra que aumenta significativamente en la población pobre más si se toma en cuenta que 38,2% de los paraguayos^{42/} y una de cada tres personas en Fram^{43/}, está en condiciones de pobreza. En este sentido, es coherente pensar que una gran cantidad de individuos carece de un seguro médico y a su vez de los medios necesarios para poder atenderse en un establecimiento de salud.

Cuadro 10
Población según tenencia de seguro médico

Tenencia de seguro médico	Total (%)		
	Paraguay	Itapúa	Fram
IPS	10,3	6,2	15,9
Otro tipo de seguro ^{a/}	8,1	6,1	22,9
No tiene	81,6	87,6	61,2
Total	5.701.675	507.801	6.737

Fuente: STP/DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2004 ; CIRD/Centro de Salud de Fram. Censo Sociosanitario Educativo 2004.

^{a/}Incluye seguro individual, laboral, familiar, militar, policial, local y en el extranjero.

Por otro lado, las razones principales de la no consulta, por parte de estas personas enfermas y accidentadas es la automedicación, lo que denota una apatía en la búsqueda de atención profesional, ya sea en la oferta o en la demanda (ver cuadro 11). En la oferta puede ser por el poco acceso a los distintos servicios de atención y en la demanda por la no tenencia de un seguro médico o simplemente por la falta de recursos para pagar la consulta y además el medicamento. La falta de recursos se observa como la justificación más importante en la población rural y no deja de ser relevante puesto que uno de cada tres frameños está en situación de pobreza. Por lo tanto, el automedicarse posiblemente se deba a razones económicas y culturales.

^{39/} DGEEC. Atlas Censal del Paraguay 2002. <http://www.dgeec.gov.py/>

^{40/} STP/DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2004. Paraguay. <http://www.dgeec.gov.py/>

^{41/} Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD)/Centro de Salud de Fram. Censo Sociosanitario Educativo 2004. http://www.cird.org.py/salud/documentos_det.php?area_id=8

^{42/} STP/DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2005. Paraguay. <http://www.dgeec.gov.py/>

^{43/} Formulario de postulación al Concurso "Experiencias en Innovación Social", Ciclo 2005-2006.

Cuadro 11

Población enferma o accidentada que no consultó, por área de residencia, según motivo de la no consulta

Motivo de la no consulta	Total (%)	
	Paraguay	Itapúa
Total	929.640	134.968
Dolencia no grave	15,6	19,8
No hay atención cercana o atención mala	2,2	4,8
La atención es mala	0,2	-
Las consultas son caras	4,8	10,4
Sin recursos	7,8	7,3
Sin recursos para medicamentos	2,8	5,9
Se automedicó	64,8	49,6
No tuvo tiempo	1,5	2,1
Otras razones	0,4	0,2

Fuente: STP/DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2004. Paraguay.

La tasa de mortalidad infantil, en el 2003, fue de 19 por mil nacidos vivos, según datos del MSPyBS. Para este mismo año, se registró una tasa de mortalidad materna de 175 por 100.000 nacidos vivos. Vale destacar que en el censo 2004 las tres muertes de niños menores de 5 años en el distrito fueron por causas prevenibles. Por otro lado, los fallecimientos de dos niños en el 2005 y uno en el 2006 fueron por patologías congénitas.

De acuerdo al Ministerio, el 62% de la mortalidad general registrada en 2003 era atribuida a la mortalidad materna.^{44/}

En cuanto a la actividad económica de la zona, se basa en producción agrícola, ganadera e industrial con la producción de soja, trigo, arroz y sorgo e industrialización de algunos de ellos. La ganadería se fundamenta principalmente en la cría de cerdos, siendo el mayor productor de porcinos del país.

ANTECEDENTES DEL PROYECTO “Programa Comunitario de Salud”

A principios de la década del 90, la salud de los habitantes de Fram contaba únicamente con un Centro de Salud, construido por la misma comunidad, ubicado en el casco urbano, al cual por problemas de carreteras, era inaccesible buena parte del año para la población urbana. Trabajaba con 5 funcionarios (1 médico, 1 obstetra, 2 enfermeras y 1 estadígrafa) y el centro no tenía capacidad de dar atención las 24 horas del día y enfrentaban grandes déficit de insumos y medicamentos. Por otro lado, siguiendo la estructura de salud del Paraguay, la administración era totalmente centralizada.

Los indicadores de salud evidenciaban una realidad muy poco alentadora: la mortalidad materno-infantil era muy elevada (36 por mil nacidos vivos ^{45/} en 1996), la mayoría de los partos eran domiciliarios (institucionales solo 25 en un año),

^{44/}Expo Feria RIAD 2005. Documento base de la experiencia “Seguro Local de Salud: El caso del Municipio de Fram en el Paraguay”. <http://www.riadexpoferia.org/talleres/FRAM.htm>

^{45/}Censo Socio Sanitario 1996. Centro de Salud de Fram.

había una baja cobertura del papanicolaou (PAP) y de la inmunización en menores de edad y poca confianza de la población al servicio de salud pública. Además, no existía ninguna participación ciudadana en medidas de prevención y solamente el 15% de la población contaba con cobertura de Seguro Social (IPS).

En cuanto a la gestión de recursos, había grandes dificultades para el manejo de los fondos recaudados por prestaciones brindadas ya que seguían el flujo establecido en el Proceso Presupuestario para Recursos Institucionales, y que se resume a continuación^{46/}:

RECAUDACIÓN DE FONDOS 1. Los establecimientos de salud recaudan aranceles y los envían a la Región Sanitaria dentro de los primeros diez días del mes después de haber sido recaudados. Tiempo promedio: 35 días desde la recaudación realizada el primer día del mes anterior. 2. Una vez que todos los informes de los establecimientos en una Región Sanitaria dada han sido recibidos, se envía un informe al gobierno central (Departamento de Recaudaciones), que autorizará la asignación mensual de recursos FF30 según el Plan de Asignaciones. El departamento de Financiamiento proveerá fondos para el Plan de Asignación dependiendo de los fondos disponibles. Tiempo promedio: 5 días.

UTILIZACIÓN DE FONDOS 1. La Región Sanitaria adquirirá bienes y servicios según el Plan de Asignación; debe presentar documentación de soporte para crear un crédito a favor de la Región Sanitaria. Tiempo promedio: 10 días. 2. Una vez que el crédito ha sido reconocido por el Departamento Contable del Ministerio de Salud, los documentos son enviados al Departamento de Auditoría, y luego al Departamento de Ejecución Presupuestaria, donde las solicitudes de transferencia de recursos (STR) son autorizadas, y luego son enviadas al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Tiempo promedio: 8 días. 3. El MEF transfiere recursos al Ministerio de Salud. Tiempo promedio: 40 días. 4. El Ministerio de Salud deposita recursos en el Banco Central (BCP) en una cuenta del Ministerio de Salud, que luego son transferidos al Banco Nacional de Fomento (BNF), y pueden utilizarse para gastos. Tiempo promedio: 3 días. 5. Se autoriza el pago a proveedores y se realizan los pagos. Tiempo promedio: 5 días.

Esto significa que, en promedio, los fondos regresaban a las Regiones Sanitarias 105 días después de haber sido recaudados.^{47/}

Por otra parte, la accesibilidad a los servicios de salud se veía dificultada por la inexistencia de caminos asfaltados, empedrados o en buen estado, no solo para llegar al casco urbano sino también para derivar pacientes de Fram a un servicio de mayor capacidad resolutive. En opinión de los representantes de este programa, políticamente la ciudad de Fram estaba totalmente olvidada por las autoridades ya que se generó la historia de supuestos focos de partidarios comunista en la ciudad, lo que le valió a sus habitantes persecuciones, y para la ciudad, implicó no recibir ningún tipo de apoyo del gobierno central. A pesar de esta difícil realidad, había en la comunidad espíritu de solidaridad y compromiso, virtudes que sirvieron para la

^{46/}Informe de visita de campo "Programa Comunitario de Salud", Concurso "Experiencias en innovación social", ciclo 2005-2006. Agosto 2006.

^{47/}Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD), 2004. <http://www.cird.org.py/>

construcción del Centro de Salud en 1965, junto con el Ministerio de Salud y Bienestar Social.

En 1993, y ante esta situación, la Dirección del Centro de Salud decidió crear una Comisión de Salud encargada de apoyar las labores del centro. Dicha Comisión declaró la gratuidad de todos los servicios para facilitar el acceso de los usuarios y se responsabilizó del mantenimiento de las instalaciones y de los insumos, recursos que consiguió a través de actividades comunitarias (bazares, rifas, cenas, festivales, ferias de comida, concursos de pesca). Así se generaron los recursos necesarios para el financiamiento anual, se mejoraron las instalaciones del Centro de Salud, aumentaron las coberturas en salud pública y se dispuso de un servicio abierto las 24 horas. De esta forma comienza la construcción de este programa que ha logrado mejorar las condiciones de vida y de salud de toda la población de Fram.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

Mejorar las condiciones sanitarias de toda la población del Distrito de Fram, a través de una gestión descentralizada y participativa de la administración de salud del Distrito, potenciando la participación ciudadana en todos los niveles de decisión, la capacitación de la población y el empoderamiento de la misma en la identificación y solución de los problemas que lo aquejan sin excluir los niveles departamentales y nacionales en la toma de decisiones y en la co-gestión y control. Así también buscar mecanismos de financiamiento local en salud, con participación del sector público privado, y coordinación interinstitucional (Ministerio de Salud, Gobernación y Municipio).

Objetivos Específicos

1. Mejorar la capacidad resolutive y calidad de atención del centro de salud local.
2. Equidad y accesibilidad a los servicios de salud.
3. Administración descentralizada eficiente y con capacidad resolutive.
4. Priorizar medidas de prevención.
5. Priorizar la salud materno - infantil.
6. Buscar alternativas de financiamiento local.

METAS DEL PROYECTO

- Disminuir la mortalidad materno - infantil.
- Disminuir la morbilidad de enfermedades prevenibles mediante inmunización o por acciones de salud en la comunidad.
- Mejorar el estado nutricional de la población.
- Aumentar y mejorar la calidad de la atención en el número de partos institucionales.
- Aumentar a 100% la cobertura de inmunizaciones.
- Mejorar la educación sanitaria de la población.
- Incluir a la comunidad como parte del proceso y como factores de cambio en las conductas de salud, así como en la toma de decisiones de las políticas de salud locales en el Distrito de Fram.

- Mejorar la infraestructura en la parte asistencial del Centro de Salud

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

En 1992, tras asumir un nuevo director en el Centro de Salud de Fram, se inician gestiones a nivel central (Estado Paraguayo) buscando apoyo para mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad. El interés demostrado por las autoridades nacionales de esa época fue escaso. Esto impulsó a la comunidad, a través de sus autoridades municipales, sanitarias y referentes de la misma sociedad frameña, que incluía a todos sin distinción de etnia, religión y partido político, a crear la Comisión de Salud en febrero de 1993, con el fin de apoyar administrativamente al Centro de Salud.

A partir de ese momento, la Comisión de Salud declara la gratuidad de todos los servicios para facilitar la accesibilidad de los usuarios y se responsabiliza del mantenimiento de las instalaciones y de los insumos, recursos que consigue a través de actividades comunitarias (rifas, concursos de pesca, festivales, ferias de comida, etc.). Gracias a esto, se generan los recursos necesarios para el financiamiento anual y se logra mejorar las instalaciones del Centro, aumentar las coberturas en salud pública y contar con un servicio con las puertas abiertas las 24 horas.

No obstante, los recursos recaudados no eran suficientes. Entonces se decide, desde el Centro de Salud y con el apoyo de la Comisión de Salud, volver a cobrar por los servicios pero cambiar la figura de "recuperación de costos" por "donación" (de quienes tuviesen la posibilidad económica de hacerlo pero manteniendo el principio de atención universal). De esta forma podrían utilizar los recursos bajo autogestión.

En 1996, con la Ley 1032 del Sistema Nacional de Salud, en cuyos artículos concretaban la creación de los Consejos Locales de Salud como los organismos de Gobierno Local encargados de los diferentes Centros de Salud, la comunidad de Fram, en asamblea, decide crear el Consejo Local de Salud (CLS). En ese momento, al CLS se le dio carácter de regulador y contralor persistiendo la administración del Centro de Salud a cargo de la Comisión de Salud.

Ese mismo año, el Gobierno Departamental de Itapúa creó el Parque Sanitario Departamental y empezaron a funcionar las Farmacias Sociales con fondos rotatorios que permitieron el acceso de la población a medicamentos de buena calidad y a bajo precio. Dichas farmacias estaban bajo la responsabilidad de los CLS. Así mismo, y por iniciativa de la Secretaría de Salud de la Gobernación de Itapúa, se crea la *Red de Mujeres Socio Sanitarias* de Fram que pasan a constituir un elemento clave de información a la población tanto de temas relacionados con la salud reproductiva y los derechos de las mujeres como también de difundir más detalladamente el manejo del Centro de Salud, el CLS y la Comisión de Salud. Esta experiencia fue fundamental para la creación de capital social en los primeros años del proceso.

Con la eficiente gestión de los recursos, traducida tanto en aumento de la recaudación como en mayores y mejores servicios a la población, se fortalece el modelo y deriva en el trabajo multisectorial para fortalecer el sistema. Durante ese

proceso se realizaron los primeros contactos y acuerdos con representantes del Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Con el CIRD se firma un acuerdo para la capacitación de los miembros del CLS y la elaboración de políticas locales de salud. La UNICEF realiza capacitaciones al 100% del personal en la estrategia Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) pero además realiza un seguimiento cercano. Por su parte, USAID, a través de uno de sus proyectos, PRIME II, también capacitó al personal en todo lo relacionado a salud reproductiva.

En el año 2000, el Consejo Local de Salud de Fram, empieza a preparar el primer Plan Local de Salud. Para ello se llevan a cabo dos actividades muy importantes:

- ⇒ **Censo socio sanitario:** la elaboración de los materiales para recolectar datos es realizada por la población, fruto de constantes capacitaciones e innumerables talleres que llevaron a una participación 100% activa de la comunidad.
- ⇒ **Análisis de la situación epidemiológica de la ciudad** que realizan conjuntamente el Centro de Salud y la VII Región Sanitaria, representante en Itapúa del MSPyBS.

Los anteriores elementos dieron resultados alarmantes y visibilizaron lo que ya se percibía: un centro de salud con mala infraestructura, dificultad en los accesos terrestres a los servicios de salud, baja cobertura en vacunaciones, alta mortalidad maternoinfantil y un alto porcentaje de partos domiciliarios, gran cantidad de personas sin seguro médico, entre otros. Estos resultados fueron presentados en una asamblea comunitaria donde participaron los habitantes de la ciudad así como miembros de los sectores públicos, religiosos, étnicos e inclusive los postulantes de todos los partidos políticos para Intendencia y la Junta Municipal (quienes en ese entonces se encontraban en campañas partidarias para elecciones municipales). Además, asistieron representantes de la VII Región Sanitaria, autoridades del Gobierno Central, representantes del MSPyBS, la UNICEF, la OPS y de la Gobernación de Itapúa.

Esta reunión multisectorial generó finalmente la matriz del Plan Local de Salud en donde se plantearon los siguientes objetivos:

Matriz del Plan Local de Salud 2000^a

Problema	Objetivo Qué?	Actividad Cómo?	Responsable Quién?	Apoyo Con Quién?	Recursos Con qué?	Tiempo Cuándo?	Resultados esperados
Falta de equidad en acceder a tratamiento en Salud	Creación de un Seguro Municipal	Asesoramiento por el CIRDSeguro Materno Infantil de Bolivia	*Municipalidad *Centro de Salud *Consejo Distrital	*CIRD *OPS *UNICEF	Cobro de arancel a quien tiene mas	2 años	Acceder a una atención brindando equidad y calidad con eficiencia en Servicios de salud
Falta de métodos Aux. de Diagnóstico (Ecografía, Laboratorio)	Equipar el Centro de Salud con Equipo de Laboratorio y Ecografía	Gestionar a nivel de MSPyBS a través del Crédito Español	*Centro de Salud de Fram	VII Región Sanitaria	MSP y BS	1 Año	Análisis y Ecografía en el Centro de Salud
Falta de Vehículo (ambulancia) que permita el traslado de pacientes y personal de Salud a diferentes rincones del Distrito	Dotar de vehículo al Centro de Salud	*Autogestionar *Fiestas *Colectas *Venta de comidas	*Centro de Salud de Fram *Consejo Distrital	*Consejo Distrital *Red de Mujeres	Propios	3 meses	Tener un Sistema de transporte adecuado
Falta de cirugía	Poder resolver la mayoría de los problemas Quirúrgicos sin desarraigo a pacientes y familiares	Gestionar a nivel de la VII Región Sanitaria y el MSP y BS	* Centro de Salud de Fram * Consejo Distrital	VII Región Sanitaria	* Propios *MSP y BS	9 meses	Cirugías de Ap, Hernia,y Cesáreas realizadas en el Centro de Salud
Capacitación y Profesionalización	Mejorar el rendimiento del personal de Salud	* Creación de Escuela de Enfermería * Charlas y Talleres para personal	Centro de Salud de Fram	* Municipalidad * Instituto Nacional de Salud	Cobro de arancel mensual	6 meses	* Personal capacitado * Posibilidad de Auxiliares trabajando en P.S. en distintas Zonas Rurales
Educación Sanitaria de la población, incluyendo hábitos alimentarios en todas las edades	Educar a la población para mejora su situación sanitaria en todos sus aspectos y sobretodo sus Hábitos Alimentarios	* Charlas *Entrevistas * Visitas domiciliarias * A.I.E.P.I.	*Red de Mujeres *Sociosanitarias	Centro de Salud de Fram	Propios	3 meses	* Población solicitando los programas de Salud y concurriendo al Centro de Salud * Mejorar la Nutrición del niño *Disminuir la incidencia de enfermedades metabólicas

Incidencia de caries y problemas dentales en la población	Disminuir el número de caries de la población de Fram	* Fluorización de agua potable *Dientes *Buchos de fluor en la Zona Rural	Centro de Salud de Fram	* consejo Distrital * Junta de Saneamiento * Plantel de Docentes *UNICEF y OPS	*Propios * Junta de Saneamiento	1 año	Mejorar la Salud bucal de la población disminuyendo en 1 año el índice de caries de la población
Aguas servidas	Adecuada eliminación de excretas	Dotar de desagüe cloacal a la comunidad	Junta de Saneamiento	* Municipalidad de Fram * SENASA	Préstamo del BID reembolso precobro de arancel a vecinos	En curso 2 años	Toda la población Urbana con desagüe cloacal
Falta de agua en las Compañías	Dotar de agua potable a la población Rural	Proyecto de encontrar la forma de que todos puedan acceder a aguas potables y a bajo precio	Junta de Saneamiento	* SENASA	Recursos propio	2 años	Agua potable para toda la población
Morbimortalidad Infantil	Disminuir la morbimortalidad Infantil mejorando la atención primaria	Implementar AIEPI en el Distrito de Fram	Centro de Salud de Fram	*VII Región Sanitaria *OPS y UNICEF	Recursos Propios Apoyo OPS y UNICEF	3 meses	Asistencia integral niños de Fram
Gran cantidad de partos domiciliarios	Identificar y solucionar las causas	Entrevistas Charlas capacitación	Centro de Salud Red de Mujeres	*Consejo Distrital de Salud *OPS *UNICEF	Propios OPS UNICEF	6 meses	Aumento de partos Hospitalarios Partera Empíricas capacitadas realizando partos en el Centro de Salud Bajo supervisión profesional
Falta de Higiene	Mejorar hábitos de Higiene el la Población	Charlas Entrevistas Visitas	Red de Mujeres Sociosanitarias	Consejo Distrital de Salud	Propios	1 año	Población con Hábitos de Higiene

Fuente: Formulario de información adicional. Concurso "Experiencias en Innovación Social", Ciclo 2005-2006

^a/Para ver el logro y avance de cada uno de los objetivos a junio del 2007, ir al anexo 1.

Gracias a los resultados logrados hasta ese momento, se firma el primer Acuerdo de Descentralización con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Como consecuencia, un referéndum llevó a la comunidad a fusionar la Comisión de Salud con el Consejo Local de Salud quien, desde ese momento, comenzó a regir como único ente administrador del Centro de Salud. Todo esto sin perjuicio del régimen de gratuidad de los servicios iniciado por la Comisión de Salud. No obstante, en este sentido, se recurrió a una estrategia de recaudación, la cual era la solidaridad

de las personas que concurrían al Centro de Salud en donde se les solicita un aporte voluntario por las consultas médicas y odontológicas. Al ser un monto totalmente voluntario las personas eran atendidas siempre, aportando o no.

Desde entonces el trabajo realizado en Fram comenzó a tener repercusión más allá del distrito. El Ministro de Salud de la época visitó el Centro de Salud y luego de observar lo que estaba realizando el CLS con la comunidad, la Municipalidad y la Gobernación de Itapúa -en ese momento estaba edificando un ala materno infantil con recursos propios y de la Gobernación de Itapúa-, decide no solo duplicar la cantidad de personal del Centro de Salud sino que se compromete a equipar la parte edificada y firma un nuevo acuerdo de descentralización con el CLS, nombrándolo como Modelo Distrital de Descentralización y lo enmarca dentro de un plan piloto.

Allí se formalizó la transferencia del 5% del presupuesto Municipal para ser administrado por el CLS, hecho que desde luego ya se venía realizando desde dos años antes. Con toda esta motivación el CLS inició los trabajos para cumplir con el Plan Local de Salud, compromiso que había asumido ante toda la comunidad.

El CLS, gracias a sus buenas gestiones, logró uno a uno los objetivos del Plan Local de Salud que se referían a infraestructura y equipamiento hospitalario. No obstante, el mayor desafío, de todos los planteados en el Plan, era la creación de un Seguro Comunitario que además de permitir un mejor servicio hiciera la experiencia sostenible en el tiempo.

En el 2002, y con asesoramiento del CIRDA, se inicia el proceso para la creación del Seguro Comunitario (Programa Comunitario de Salud). El primer paso se dio en asamblea comunitaria y consistió en elaborar el listado del paquete básico de servicios que aglomeraba un conjunto de prestaciones de salud para el 100% de la población, indistintamente si eran beneficiarios o no del seguro. Así mismo, la comunidad estableció como áreas prioritarias la salud materno infantil y la medicina preventiva.

A partir de aquí, se trabajó en tres frentes:

- a) Análisis de costos del paquete básico y financiamiento del mismo a través de la creación de planes o un segundo piso que favorezca el interés de la gente en aportar mensualmente.
- b) Fortalecimiento del CLS, tanto legalmente (elaboración de estatutos y obtención de la personería jurídica) como administrativamente (inscripción en el Registro Único de Contribuyentes la declaración por el Ministerio de Hacienda como entidad sin fines de lucro y la inscripción en la Secretaria de Lavado de Dinero para poder expedir recibos legales).
- c) Fortalecimiento del servicio de salud que, hasta ese momento, ya gozaba con la creciente confianza de la población ya que estaban viendo resultados positivos como el aumento de los servicios ofrecidos con calidad y calidez en la atención, la creación también de las condiciones básicas para que los habitantes optaran asegurarse en un servicio que, sin ser privado, responda de manera rápida y eficaz a las necesidades prioritarias de los ciudadanos.

En el año 2001 se llevó un plan piloto del seguro comunitario con el personal dependiente de la municipalidad de Fram. Este plan tuvo gran éxito y brindó las bases teóricas y prácticas para las propuestas finales.

Así mismo, aprovechando el Censo Nacional del 2002, se adjuntó una hoja donde se le preguntó a las familias de Fram sobre su interés por el seguro y las reales posibilidades económicas de cada una de ellas para costearlo. Para sorpresa de muchos, el 75% de las personas encuestadas aprobaba el seguro y ciertos montos propuestos para los planes. El costo final se decidió comparando el número de familias a asegurarse con el costo básico. En este sentido, el costo fue acordado por la misma comunidad, en asamblea, y el monto correspondía a lo que cada familia estaba en condiciones de aportar. De esta forma se logró establecer los distintos planes y sus costos.

Finalmente, y tras este proceso, el 19 de diciembre del 2002 se inauguró oficialmente el seguro de salud con el nombre **Programa Comunitario de Salud**.

A pesar de todo el apoyo por parte de las autoridades de salud, persistía una dificultad importante en el aspecto legal. El procedimiento de "aportar" no contaba con el amparo explícito de una legislación. Aunque la constitución y la ley 1032/96 fomenta la descentralización, existe una ley administrativa que obliga el depósito de lo recaudado en instituciones públicas en el Ministerio de Hacienda y por lo tanto esto lo convertía en el punto de conflicto para los detractores de este modelo, sobre todo a nivel central. A juicio de los responsables del programa, parte del conflicto se debía a preconcepciones y en otros, la mayoría, a intereses creados ya que el dinero depositado volvía a los Centros de Salud en forma de insumos después de seis meses.

Esta situación se logró resolver en 2004 cuando se firma un nuevo acuerdo de salud con el MSPyBS (ver anexo 2), evento que fue presidido por el señor presidente de la República de esa época. En este sentido, se consigue incluir el Artículo 72⁴⁸/ en el presupuesto general de la nación que fortalece la administración descentralizada en el 2005 y se plantea una modificación⁴⁹/ de la ley 1032 que en definitiva le brinda todas las herramientas legales a los CLS. En el 2006 se promulga la ley 3.037/06 que brinda todo el marco legal y que se genera a través de la presión ciudadana de las 32 ciudades que ya administraban descentralizadamente sus fondos a partir de la experiencia originada en Fram. (Ver anexo 3)

Desde su inicio, el apoyo local fue absoluto, tanto de las autoridades municipales, departamentales y sanitarias, así como de la sociedad civil, las diferentes religiones, etnias y otros servicios públicos. En general, el compromiso y aporte, tanto del MSPyBS como de las representaciones regionales de Itapúa, ha sido buena especialmente en el último año donde la gestión del nuevo director regional

⁴⁸ "El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Los Gobiernos Departamentales y Municipales, con sus instancias correspondientes, podrán coordinar y arbitrar las medidas necesarias para el manejo administrativo de los establecimientos de salud pertenecientes a dicho Ministerio. A ese efecto, deberá firmar acuerdos en los que se establezcan los derechos y responsabilidades de cada organismo o entidad, copia de este documento será remitida al Ministerio de Hacienda."

⁴⁹ / Aún tiene media sanción en la Cámara de diputados y falta que se expida en la Cámara de senadores.

(representante del MSPyBS en Itapúa) asume una actitud proactiva y de franco apoyo al proceso de descentralización.

Características generales del Programa Comunitario de Salud

La iniciativa tiene como eje fundamental la administración descentralizada, tanto de los recursos como de las prioridades fundamentales referidas a la salud de una comunidad, sin perder de vista que la ciudad forma parte de un departamento y de un país, manteniéndose en el marco de las políticas de salud emanadas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Gobernación de Itapúa.

El Programa Comunitario de Salud (PCS) fue creado para ofrecer a la población de Fram un paquete básico de servicio, en programas de salud pública, con énfasis en la población de escasos recursos, autosustentable a través de aportes de los propios usuarios e incentivados por beneficios que fueran atractivos para la familia⁵⁰/.

Los principales objetivos del PCS son:

1. Brindar cobertura y acceso a los servicios básicos de salud a toda la población del distrito.
2. Ampliar las capacidades y las opciones de las personas para acceder a los servicios de salud.
3. Aumentar la eficiencia, a través de la complementación de recursos locales, regionales, nacionales, públicos y privados.
4. Desarrollar un mecanismo solidario y autogestionario de protección de la salud comunitaria.
5. Garantizar el financiamiento de los servicios públicos básicos de salud.

El PCS consta de dos paquetes de seguro comunitario:

- ⇒ **Paquete Básico** que consiste en un conjunto de servicios y prestaciones de salud considerados prioritarios, a los cuales tienen derecho todos los habitantes de Fram y que son brindados por el Centro de Salud.

La elaboración del Paquete Básico se realizó en Asamblea Comunitaria luego de presentar los datos sobre población, salud pública e impacto de los diferentes programas que se habían obtenido del censo sociosanitario y la encuesta epidemiológica. Además, como valor agregado, desde ese momento se discutió ampliamente la posibilidad real de financiamiento.

Tras una votación, y por mayoría amplia, se establecen las prioridades y servicios que forman parte del Paquete Básico y que se detallan en el cuadro 12.

El análisis de costos, la protocolización y los estudios sobre financiamiento de este paquete, fueron realizados conjuntamente por el equipo técnico de salud del CIRDD y los funcionarios del Centro de Salud.

⁵⁰/Recordemos que en Paraguay la salud pública no es gratuita.

Cuadro 12
Paquete Básico de Servicios
Distrito de Fram, 2006

1. PROMOCION DE SALUD) Actividades comunitarias, grupales, individuales	
2. ATENCION A LA MORBILIDAD (ambos sexos, todas las edades) Atención a las urgencias, cirugía menor y coordinación de las derivaciones Servicios de odontología Consultas a demanda Cirugía mediana complejidad Internaciones clínicas	
3. NIÑO Y ADOLESCENTE (niños/as menores de 5, programa completo AIEPI) Atención al recién nacido/a Consultas pediátricas Vacunaciones Curación de caries Educación masiva en salud y nutrición infantil Consulta de orientación sexual para jóvenes Administración de micros nutrientes y desparasitación Vigilancia y control del crecimiento y desarrollo Educación para salud individual (entrevistas en gral.) Inspección de medio ambiente escolar Educación grupos de padres	
4. GESTACION, PARTO Y PUERPERIO Control de embarazo Parto Institucional Consulta puerperal Educación maternal en grupos	
5. SERVICIO ORIENTADO A LA FAMILIA (PAREJA) Educación masivo/grupal en prevención del cáncer Conserjería en Salud Sexual y Reproductiva Planificación familiar Vacunación contra el tétanos (mujer) Detección de cáncer cérvico uterino (mujer) Atención a la violencia familiar (niño, mujer)	
6. ADULTO Y EL ANCIANO Estudio, control y tratamiento de tuberculosis Diagnóstico precoz del cáncer Consulta de diabetes	
6. ADULTO Y EL ANCIANO Estudio, control y tratamiento de tuberculosis Diagnóstico precoz del cáncer Consulta de diabetes	
7. COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE Educación ambiental y de consumo (sal yodada) Educación para el consumo Control de agua potable (SENASA) Vigilancia y control de productos tóxicos de Vigilancia y control de vectores, roedores y brotes epidémicos Atención municipal a las denuncias higiénico-sanitarias (aguas servidas, residuos sólidos).	
8. MEDICAMENTOS Medicamentos AIEPI según protocolos de tratamiento - Farmacia Social Kit de parto - Farmacia Social	
9. SERVICIO DE DIAGNÓSTICO	
10. AMBULANCIA Traslados a servicios de Salud dentro del departamento: exclusivamente por indicación de profesionales	

Fuente: CLS de Fram. Presentación "Programa Comunitario de Salud" en Feria de la innovación. México, D.F., 10 noviembre 2006.

⇒ Segundo piso de servicios o **Paquete Básico Ampliado** que está compuesto por tres planes que aparecen en el cuadro 13. Los planes son optativos (voluntarios) y otorgan prestaciones y beneficios adicionales al paquete básico. Se accede a ellos a través del pago de una determinada cuota mensual, por grupo familiar (dependiendo del plan seleccionado) y el cumplimiento de la contrapartida. En estos casos, el Centro de Salud y los establecimientos de salud adheridos, públicos y privados, brindan los servicios.

Los Planes A, B y C cubren una serie de servicios como: actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades; educación a la comunidad; cuidado del medio ambiente; atención a la mujer embarazada; atención a problemas de salud más frecuentes de niños y niñas, adolescentes, adultos y ancianos. En el siguiente cuadro se detalla las coberturas de cada plan.

Cuadro 13
Planes del Paquete Básico Ampliado
Distrito de Fram, 2006

PLAN A	PLAN B	PLAN C
Costo mensual por familia (en Guaraníes)	Costo mensual por familia (en Guaraníes)	Costo mensual por familia (en Guaraníes)
5.000	10.000	15.000
Cobertura	Cobertura	Cobertura
<p>Todos los servicios incluidos en el Paquete Básico más:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas sin costo en horario hábil • Urgencias y emergencias • Cirugía menor • 50% del costo en consultas por especialistas en UNI: G. 5.000 • Consulta con cargo: G. 10.000 • Visitas médicas domiciliarias sin cargo, máximo 3 por mes • Visitas médicas domiciliarias con cargo: G. 20.000 • Internación médica, pediátrica y gineco-obstétrica sin cargo en el Centro de Salud de Fram • Internación médica, pediátrica y gineco-obstétrica con cargo en el Hospital Regional de Encarnación • Medicamentos a precio de costo • Servicios de ambulancia con cargo: traslado + G. 20.000. Si no hay indicación médica 25% del costo • Descuentos en laboratorio 5% • Aranceles preferenciales: laboratorio G. 10.000 para internados. Estudios especializados (tomografías y otros) G. 250.000 + IVA; EKG, 25.000. Cesáreas y partos en Fram G. 150.000; Cirugías G. 250.000 	<p>Idéntico al Plan A con las siguientes diferencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura del 75% de los costos en consultas por especialistas en UNI: G. 2.500 ▪ Visitas médicas domiciliarias con cargo: G. 15.000 ▪ Servicios de ambulancia con cargo: traslado + G. 20.000. Si no hay indicación médica 50% del costo ▪ Descuentos en laboratorio 10% ▪ Aranceles preferenciales: Estudios especializados (tomografías y otros) G. 180.000 + IVA; EKG G. 15.000. Cesáreas y partos en Fram G. 100.000; Cirugías G. 125.000 	<p>Idéntico al Plan A con las siguientes diferencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cobertura del 90% de los costos en consultas por especialistas en UNI: G. 1.000 ➤ Visitas médicas domiciliarias con cargo: G. 10.000 ➤ Servicios de ambulancia con cargo: traslado + G. 20.000. Si no hay indicación médica 75% del costo ➤ Descuentos en laboratorio 15% ➤ Aranceles preferenciales: Estudios especializados (tomografías y otros) G. 125.000 + IVA; EKG G. 15.000. Cesáreas, partos y cirugías en Fram sin costo.

Fuente: Rolón, José. Presentación audiovisual "Programa Comunitario de Salud", en Feria de la innovación. México D.F., 8-10 de noviembre del 2006.

El Centro de Salud de Fram es la instalación principal donde se ofrecen y prestan los servicios y atenciones básicas de salud. Pero además existen en la zona, otros prestadores de servicios y atenciones de salud tales como el Hospital Regional de Encarnación, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa (UNI), así como otros servicios médicos y de diagnóstico privados con quienes el CLS suscribe acuerdos y convenios.

¿Cómo funciona el Programa Comunitario de Salud?

El PCS esta basado en un modelo de Seguro Comunitario y funciona básicamente de la siguiente manera:

Cualquier persona residente del Distrito de Fram aplica para el paquete básico de servicios de salud, sin necesidad de tener un carnet especial para recibir atención ni firma de contrato. Es un derecho adquirido por el lugar donde habita.

Por otro lado, los interesados en ser parte del programa ampliado, completan una solicitud de admisión la cual incluye el nombre del usuario-beneficiario-titular y los beneficiarios dependientes, adjuntando su documentación y la de su familia. Todos estos datos son puestos a consideración del CLS quien deberá aprobar o rechazar el pedido. Los únicos requisitos para aprobar una solicitud son ser ciudadano frameño y tener una antigüedad mínima de un año como usuario del servicio básico. En caso de ser rechazado, la persona pasa a recibir los beneficios priorizados en el paquete básico.

Una vez aprobado se procede a la firma del *contrato* (ver anexo 4) el cual varía de acuerdo al paquete que seleccione el beneficiario, pero en general está constituido por cuatro capítulos:

Los **términos generales**, que hace referencia al Programa Comunitario de Salud.

Las **definiciones** en el que se establece qué es el Programa, el Consejo Local de Salud de Fram, los beneficiarios y sus dependientes adheridos, el contenido de cada uno de los tres paquetes que se ofrecen, el Centro de Salud, el listado de otros prestadores con los cuales se tienen convenios, la orden de servicio, los compromisos que adquieren los beneficiarios y el grupo de control y verificación encargados de fiscalizar al Consejo Local de Salud de Fram, conformado por representantes de la comunidad elegidos en Asamblea Comunitaria. Este último punto ha sido de gran importancia para el desarrollo del Programa. La comunidad se siente "dueña" del mismo, tranquila de su trabajo y la calidad del mismo, gracias a este tipo de instancias en donde la propia comunidad interviene.

Los **términos particulares**, en donde se fija la vigencia del acuerdo, la cobertura según el plan seleccionado, la contrapartida del beneficiario titular, las exclusiones, a antigüedad reconocida, la renovación del acuerdo, entre otras. Dentro de la contrapartida del beneficiario se destacan aquellas relacionadas con su propia responsabilidad frente a sus condiciones de salud y las de su familia. Es así como se exige tener al día el esquema; realizar un mínimo de 6 controles prenatales, en mujeres de bajo riesgo y 9 en alto riesgo; para mujeres mayores de 18 años hacerse anualmente la citología y el control clínico de mamas; en los hogares urbanos, realizar, anualmente el control del Índice de Infestación de Aedes; control dental anual y durante el embarazo y; para menores de 5 años, consulta médica

cada 6 meses. Igualmente establecen la exclusión de atención en caso de lesiones, heridas o traumatismos ocurridos en fiestas, juegos de azar y riñas callejeras o cuando el afectado está bajo efectos del alcohol u otras drogas. Esto constituye una clara expresión de que la salud es, como lo dice el nombre del programa “responsabilidad de todos” y no solo de los profesionales de la salud.

Por último, el contrato también incluye un **Anexo** en donde se listan las prestaciones a las que se tendrá acceso con el nivel de cobertura de cada una y el co-pago correspondiente; de acuerdo al paquete seleccionado.

Al seleccionar el plan y firmar el contrato, se abona la primera cuota. Posteriormente, el PCS entrega el carnet de identificación (“carnet de habilitación”) familiar, el cual le otorga los privilegios y descuentos establecidos en cada plan.

Para acceder a cualquier servicio, ya sea privado o público, deberá pasar previamente por el control del Centro de Salud, como encargado de velar por el adecuado uso de los beneficios del servicio.

PRINCIPALES RESULTADOS DEL PROYECTO

El modelo descentralizado de salud, ejecutado en Fram, ha logrado romper la cadena de recaudo y desembolso de los ingresos arancelarios de los establecimientos de salud, que como se mencionó anteriormente, seguía el siguiente camino: El servicio de salud los depositaba en el Banco de Fomento, éste los traspasaba al Ministerio de Hacienda, que los entrega al MSPyBS y éste a su vez a la Región Sanitaria, quien los distribuía a los establecimientos de salud del Departamento. En resumen, 105 días después de haber sido recaudados.

Además, al romper esta cadena, se asegura que los ingresos del Distrito de Fram sean utilizados en el mismo Distrito, administrados por el Consejo Local de Salud, entidad fiscalizada por la propia comunidad, y que ejecuta las acciones priorizadas en el Plan Local de Salud.

Los recursos se destinan exclusivamente a gastos operativos y de capital que mejoren los servicios de salud, como por ejemplo: insumos para enfermería, medicamentos a menor precio, dar cobertura en servicios no contemplados por los protocolos del Ministerio de Salud. En especial se destacan las actividades de carácter preventivo⁵¹ /.

Por otra parte, en el marco de la ejecución de este Programa, mediante gestiones de las autoridades de Fram ante el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, se logró la contratación de nuevos funcionarios. En el año 2001 se contaba con: 1 Director, 2 licenciadas en obstetricia, 12 auxiliares de enfermería, 1 odontólogo, 1 auxiliar administrativo y 9 camas para el área de internación. Actualmente, el Centro de Salud de Fram cuenta con más de 30 funcionarios: 3 médicos clínicos, 1 ginecobstetra, todos cubiertos por el Ministerio y; 1 pediatra, 1 cirujano, 1 traumatólogo, 1 otorrinolaringólogo, 2 ecografistas, 1 psicóloga, 1 neurólogo, 1 oculista (tercerizado), 1 dietista, 2 licenciadas en obstetricia, 1 obstetra, 12 auxiliares de enfermería, 1 administradora, 3 administrativos y 2 odontólogos,

⁵¹ / Los salarios del personal son cubiertos directamente por el Ministerio de Salud y Bienestar Social.

prácticamente cubiertos en su totalidad con los recursos del CLS de Fram⁵²/. Con recursos del CLS además se ha logrado habilitar nuevos servicios, con tecnología y personal, tales como: ecografía, cirugía, laboratorio y ambulancia y médicos, entre otros.

Estos resultados, de carácter funcional y administrativo, que en buena parte se basan en la confianza que ha generado en la gente este modelo, se han traducido por una parte en un aumento paulatino de la cobertura del seguro en los últimos años, de 1.153 personas en 2003 a 1.730 en el 2006 dentro de los planes A, B y C. Si a esto le sumamos los habitantes con cobertura del paquete básico, estamos hablando del 100% de la población, casi 7.000 personas en total.

Por otra parte, lo que es más importante, se mejoró notablemente el estado de salud de la población y por consiguiente las condiciones de vida de la comunidad de Fram.

Como se aprecia en el cuadro 14, el porcentaje de personas atendidas con el sistema de salud de Fram es significativamente superior al promedio del país (65% frente a 27%).

Cuadro 14
Indicadores comparativos entre municipio centralizado y descentralizado.
Fram, Atyra y Paraguay 2005

Localidad	Población	% Personas atendidas	Consultas realizadas	Embarazadas atendidas	Consultas prenatales	Consultas nuevas Planificación Familiar	Consultas de control Planificación Familiar	PAP
Atyra (Centralizado)	14.406	13	6.356	216	1.222	461	813	537
Fram (Descentralizado)	6.773	65	14.621	243	1.518	241	1.586	1.200
País Paraguay	5.200.000	27	3.366.349	141.152	398.863	137.569	217.018	30.209

Fuente: Información suministrada por el Centro de Salud de Fram. Agosto 2006.

Por otro lado, el modelo también permite que las personas reconozcan la responsabilidad en su propia salud y de esta forma acudan con mayor frecuencia a las consultas del Centro de Salud y asuman un rol más activo y participativo en lo que ocurre en sus hogares y en el entorno. Esto se puede deducir ya que en Atyra las consultas no superan el número de población por lo que es de suponer que en un año la gran mayoría no se atiende ni una sola vez en el Centro, así el 13% que sí se atiende acude una o más veces a la consulta. Caso contrario pasa en Fram, en donde el 65% de la población se atiende en el sistema médico, gracias a que cuentan con la cobertura de alguno de los planes de salud que se ofrecen. Se puede interpretar de las cifras, que la totalidad de los habitantes es atendida mínimo una vez al año; además debemos recordar que el 100% de la población de Fram cuenta con el Paquete Básico de Servicios.

⁵² / De los profesionales, cuatro de las 12 enfermeras y uno de los dos odontólogos son pagados por el CLS de Fram.

En el caso de la salud materno infantil y de la salud sexual y reproductiva, las metas prestacionales se cumplen con un alto nivel de efectividad.^{53/} Esto es muy valioso ya que en el resto del país los servicios relacionados con la atención materna no se ofrecen universalmente y hay un déficit importante en el manejo de los partos con y sin riesgo. Algunos de estos logros son:

- El 96,7% de los partos son atendidos por personal capacitado
- En promedio se realizan más de 3 consultas pre-parto
- Se ha logrado establecer al menos 1 consulta en las mujeres puérperas
- La totalidad de los niños y niñas reciben atención pediátrica
- Existen consultas de planificación familiar (nuevas y de control)
- Papanicolaou a más del 50% de las mujeres en edad fértil (1.200 sobre 1.800 - la meta del Ministerio de Salud es del 12%)
- Existe una cobertura del 98% en inmunizaciones
- Visitas casa por casa que sirven para atención domiciliaria, vacunaciones, detección de casos, etc.

Con estos datos, y de acuerdo a Estadísticas del Ministerio de Salud de Paraguay, en 2006 Fram se encuentra entre los dos (sobre 30) municipios de Encarnación con mayor cobertura en inmunizaciones, en niños y niñas de 1 año o menos, alternando el primer y segundo puesto de acuerdo al tipo de vacuna, y en todos los casos, cubriendo a más del 90% de la población objetivo.^{54/}

Por otro lado, alcanzaron, en 2006, una tasa de mortalidad infantil de 6 por mil nacidos vivos ^{55/}, cifra muy por debajo del promedio nacional (27 por mil) y para la Región Sanitaria VII (17 por mil). Así mismo, la tasa de mortalidad materna en los últimos 6 años se ha mantenido en 0 por 100 mil nacidos vivos^{56/}, lo cual es un enorme valor ya que, como se mencionó anteriormente, Paraguay- con una tasa de 190 por 100 mil- ha sido el país latinoamericano con el progreso más lento en la reducción de la mortalidad materna en los últimos 50 años y lamentablemente no ha mostrado ningún progreso en los últimos 15 años.

Este modelo ha permitido mejorar tanto la calidad de la atención, como la equidad en la misma, gracias esencialmente al Paquete Básico y a que los recursos que reciben han hecho posible la atención universal de sus habitantes. Pero además es claro que personas que antes no consultaban el centro de salud, por sentirlo muy lejano, hoy se acercan porque ha aumentado su confianza. Este aumento de la confianza produce un ambiente de bienestar común y compromiso entre autoridades centrales, departamentales y locales y de satisfacción por el cumplimiento de los programas anuales de salud. Especialmente porque para las autoridades locales esto les ha dado reconocimiento dentro de la ciudad y en otros niveles de gobierno.

^{53/} Expo Feria RIAD 2005. Documento base de la experiencia “Seguro Local de Salud: El caso del Municipio de Fram en el Paraguay”. <http://www.riadexpoferia.org/talleres/FRAM.htm>

^{54/}Región Sanitaria VII. Paraguay. Agosto, 2006

^{55/}Estadísticas 2006. Centro de Salud de Fram.

^{56/}Es importante notar que en FRAM ante tan pequeño tamaño de la población cualquier muerte tiene un gran impacto sobre las tasas.

La comunidad participa activamente en todos los procesos, desde la discusión y definición de la política de salud hasta la administración y el control de la ejecución de la misma.

En este ámbito, hace unos años se crearon los *Micro Consejos Rurales de Salud* que son los encargados de elaborar los propios planes locales de salud de su zona y son los referentes para la organización de las diferentes campañas de salud pública en el distrito. Actualmente existen 13 de estos consejos en todo Fram.

Así mismo, en asambleas comunitarias son elegidos los miembros del Grupo de Verificación y Control (GVC) que fue creado en 2004. El GVC es un órgano independiente del CLS cuya responsabilidad es el control administrativo y de gestión sanitaria del Centro de Salud. Junto con la Región Sanitaria, se encargan de la rendición de cuentas sobre la utilización de los fondos percibidos para la autogestión. Los informes de cuentas y transparencia son presentados en las distintas asambleas comunitarias para poner en conocimiento de los mismos beneficiarios, el uso y administración de los fondos.

Las personas en general muestran gran aceptación del Seguro, tanto por la atención como por la cobertura. En este sentido, más del 50% de las personas que tienen Paquete Básico Ampliado escogen el plan C y aunque tengan que pagar más que los otros lo hacen sin problema pues manifiestan estar altamente satisfechos con el servicio. Resaltan la utilidad de los convenios suscritos entre el Consejo Local de Salud de Fram y el sector privado, lo que ha permitido el acceso a prestaciones a menores costos. También valoran el hecho de poder concretar la cita telefónicamente, sin las largas filas del pasado.

El compromiso y la confianza que la municipalidad tiene en el modelo es tal que tiene afiliados a todos sus empleados al Plan "C" del paquete básico ampliado.

Por otro lado, aquellos que solo cuentan con el plan básico manifiestan el deseo de tener alguno de los planes superadores, pero destacan conformidad con la cobertura y el servicio a que tienen acceso bajo esta modalidad.

En general, entre la población, existe una alta valoración del seguro comunitario de salud. Los comentarios que predominan de los usuarios al conocer las experiencias son: "excelente atención", los "profesionales son excelentes", la "atención es rápida", la "limpieza es muy buena", y sobretodo se valora el hecho de que la comunidad participe desde distintos ángulos.^{57/} La participación en el CLS, los comités barriales y las escuelas, hace que la comunidad se vea fuertemente representada y por ende aporta a que todos tengan conocimiento del éxito del modelo de salud y su repercusión más allá de la ciudad.

Todos mencionan la diferencia con años anteriores pues ahora "las cosas están mejor". De hecho, antes de su existencia, el centro de salud apenas daba respuestas a los problemas que se presentaban y generalmente actuaba derivando a otro nivel de atención.

^{57/}Fram (Paraguay). Los protagonistas de la experiencia.
<http://www.riadexpoferia.org/talleres/protagonistasparaguay.htm>

En cuanto al costo del seguro, la totalidad de personas que lo tienen, desean continuar en el mismo a pesar de lo que deben pagar, porque consideran que el servicio que reciben es bueno y de todas maneras en el pasado también debían pagar, por un servicio que era malo.

Si bien hay personas de Fram que solo acuden al centro de salud en casos de urgencias, estas expresan que se mantienen afiliadas porque de esta manera aportan solidariamente a mejorar las condiciones de vida de sus conciudadanos. Esto demuestra el valor de la solidaridad que se ha generado entre los habitantes de Fram.

El éxito en el funcionamiento del modelo y los resultados alcanzados, ha hecho que actualmente sea replicado en 32 distritos distribuidos en 12 departamentos del país, beneficiando a 1.241.202 paraguayos; aproximadamente 24% de la población total en Paraguay.

FINANCIAMIENTO Y COSTOS DEL PROYECTO

Financiamiento

Tal y como se mencionó anteriormente, antes que se implementara la descentralización, los recursos generados por el cobro de las prestaciones del servicio de salud se depositaban en una cuenta del Ministerio de Hacienda, que luego se transferían al Ministerio de Salud de la Nación, y de ahí a la Región Sanitaria que finalmente los enviaba, en forma de insumos, al Centro de Salud. Este proceso llegaba a demorar más de seis meses y por lo general los insumos recibidos no correspondían a los solicitados y requeridos para prestar una buena atención.

En 2004, con la firma del Acuerdo para la Descentralización, el Gobierno Nacional asume la transferencia técnica y administrativa de responsabilidades y recursos al Consejo Local de Salud, quien debe dar cumplimiento al Plan Local de Salud (ver Anexo 3). En este marco legal, todos los recursos recaudados a través de las cuotas de planes, proyectos, presupuesto municipal y donaciones ^{58/}, son acreditados directamente a una cuenta bancaria del Consejo Local de Salud. El Consejo debe asignarlos, de acuerdo al presupuesto previamente acordado, con la supervisión permanente del Grupo Comunitario de Control y Verificación, conformado como se recordará por miembros de la comunidad elegidos en asamblea, que fiscaliza las acciones del Consejo.

El Consejo cuenta con el Sistema de Información Administrativo y Financiero (SIAF), herramienta informática con la que se realiza el seguimiento de los recursos propios. Este sistema incluye cuatro módulos: ingresos, egresos, contabilidad y control de stock-farmacia social, además, incluye un manual de procedimientos con la descripción del circuito financiero a utilizar (percepción, administración, registro y rendición de cuentas).

^{58/} Por donaciones se entienden los recursos generados por el cobro de las prestaciones. Se las denominó de esta manera antes de los acuerdos de descentralización, para poder evitar el proceso descrito anteriormente y poder ser administrados, por lo que en ese momento era la comisión de salud.

Cabe mencionar en este punto que dentro del esquema de financiamiento de la salud en Fram y los distritos que han aplicado el Programa Comunitario de Salud, continúan coexistiendo recursos que se generan y se utilizan bajo la modalidad de descentralización y aquellos que provienen del gobierno central y que cubren el personal básico del servicio médico. En Fram, en los últimos tres años, los recursos propios han representado, en promedio, el 66% de los recursos totales ejecutados en el sector salud. Cuando se hace mención a la descentralización de los recursos se refiere especialmente a los recursos propios del financiamiento. Esto denota la importancia que tiene el manejo eficiente de los mismos.

Como se puede apreciar en el cuadro 15, para 2005, el co-pago de los afiliados por consultas, internación, medicamentos, ambulancia, servicios de tercer nivel y otros servicios, representa más de la mitad de los recursos generados por el modelo descentralizado, siendo el más significativo el de medicamentos con una cuarta parte del financiamiento total del sistema. Este resultado concuerda con lo planteado por el Banco Mundial con relación a los mayores costos que deben pagar las personas para medicamentos y pago de prestaciones, sin embargo se debe resaltar que esta proporción es significativamente menor que la que deben costear bajo el modelo centralizado en donde en el promedio nacional se llega a niveles del 74,6%⁵⁹ del total del financiamiento del sistema de salud.

⁵⁹/WHO. World Health Statistics 2006. <http://www.who.int/whosis/whostat2006.pdf>

Cuadro 15
Financiamiento del modelo de salud.
Distrito de Fram, 2005

Financiamiento	2.004	2.005	2.006 (pto.) *	2005%
Ministerio de Salud y BS	286.624.552	295.438.852	382.051.552	34%
RRHH	210.975.000	210.795.000	299.000.000	24%
RRHH (con licencia)	10.598.000	19.592.300	18.000.000	2%
Insumos	35.051.552	35.051.552	35.051.552	4%
Otros (Electricidad y Telefono)	30.000.000	30.000.000	30.000.000	3%
				0%
Municipalidad (5% del pto anual)	31.592.000	27.365.000	27.000.000	3%
Sub Total	318.216.552	322.803.852	409.051.552	37%
Seguro de Salud	61.551.000	57.844.000	54.000.000	7%
Plan A	241.000	245.000		0%
Plan B	2.778.000	2.568.000		0%
Plan C	58.532.000	55.031.000		6%
Copago Voluntario	345.604.236	410.218.915	399.600.000	47%
Consultas	37.751.500	42.603.603	51.600.000	5%
Medicamentos	178.435.636	223.029.262	120.000.000	25%
Internación (Cirugías Anestecista)	16.251.000	19.600.000	36.000.000	2%
Ambulancia	7.200.000	11.156.500	12.000.000	1%
Servicios de 3	99.570.050	100.581.450	180.000.000	11%
Otros servicios	6.396.050	13.248.100		2%
Otras Donaciones Varias	32.259.289	4.886.999		1%
Proyectos	114.307.177	79.151.305	81.450.000	9%
Iniciativa Ciudadana	17.481.176	79.151.305	81.450.000	9%
Iniciativa Ciudadana 2	58.691.658			0%
Proyecto Microconsejos	17.100.000			0%
Presupuesto Municipal Participativo	21.034.343			0%
Sub - Total	553.721.702	552.101.219	535.050.000	63%
TOTAL	871.938.254	874.905.071	944.101.552	100%

*El dato que aparece corresponde al presupuesto planificado en el 2005.

En resumen, las líneas de financiamiento que utiliza el Programa Comunitario de Salud de Fram incluyen fuentes tanto públicas como privadas, las cuales se listan a continuación:

1. Donaciones voluntarias: aportes voluntarios realizadas por los usuarios que concurren al servicio para consultas y urgencias. No se solicitan ni se cobran por internación, derechos operatorios, atención médica de internados, ni atención de enfermería, partos o cesáreas.
2. Seguro Comunitario de Salud, a través de cualquiera de los tres paquetes establecidos: aporte mensual por familia.
3. Aporte del 5 % del presupuesto municipal al Consejo Local de Salud.
4. Ingresos por farmacia social
5. Ingresos por proyectos elaborados por el equipo técnico y ganadores en concursos nacionales e internacionales, tales como Iniciativa Ciudadana I e Iniciativa Ciudadana II, CISNI- Proyecto Municipal Participativo, Banco Mundial – Creación de Micro Consejos vecinales de salud, AlterVida - Proyecto Información, Educación y Comunicación (IEC) para el control de la tuberculosis.
6. Transferencias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social: actualmente cubre los salarios de 23 funcionarios del sistema de salud de Fram.

En total los beneficiarios aportan un 55% del financiamiento total del sistema, representado tanto en los copagos como los seguros.

El compromiso de las autoridades municipales con el modelo ejecutado en el Distrito se refleja en el aporte de esta autoridad, el cual representa el 5% del presupuesto anual municipal, a más del apoyo que brindaron al inicio para la construcción y reparación de las instalaciones del Centro de Salud. Así mismo, la municipalidad paga al sistema de salud los medicamentos que deben recibir las personas sin capacidad de pago. Por otra parte se destaca la transferencia adicional de fondos de regalías (10%) aprobada por la autoridad municipal para las mejoras en las edificaciones, el equipamiento y la movilidad de los pacientes y personal médico, aporte que asegura el crecimiento y sustentabilidad en los ingresos anuales.

En este modelo, los funcionarios del Centro de Salud, también realizan donaciones en especie, básicamente de su tiempo y conocimiento, por ejemplo para el mantenimiento de la ambulancia y el edificio.

Costos

De acuerdo con los datos de costos reportados por el programa para el 2005, que aparecen en el cuadro 16, estos pueden dimensionarse de la siguiente manera:

1. Al crearse un modelo descentralizado de salud que subsana la mayoría de las necesidades de salud de la comunidad de Fram propicia el acercamiento de los servicios a la gente disminuyendo los costos de desplazamiento de la misma. En este sentido, existe una economía de impacto general.
2. El conjunto de servicios es amplio incluyendo internamiento, servicios de apoyo diagnóstico y especialidades médicas, entre otros. Algunos de estos servicios son comprados a costos mucho menores que si fueran prestados por el sector privado. En este contexto los costos de administración son menores.

Estos dos aspectos hacen de esta experiencia una de menor costo que las existentes tradicionalmente en países de nuestra región.

A continuación se muestran dos cuadros de costos para el año 2005. Uno corresponde al costo del Paquete Básico de prestaciones y el otro a la totalidad de las prestaciones. Es importante notar que existen diferencias en los costos de una misma prestación, posiblemente por la metodología empleada para el costeo.

Cuadro 16
Costos Programa Básico de prestaciones
PCS, 2005

	RUBROS	C. TOTAL	PRODUCCION	C. UNITARIO	U\$S
SERVICIO DE PROMOCION DE SALUD	Actividades Comunitarias	601.983	72	8361	1,5
	Actividades Grupales (Charlas)	132.545	30	4.418	0,8
	Actividades Grupales (Clubes)	33.136	5	6.627	1,2
	Actividades Individuales (Entrevistas)	2.143.588	1.824	1.175	0,2
SERVICIO DE ATENCION A LA MORBILIDAD	Atención a las urgencias	1.124.294	592	1.899	0,3
	Cirugia Menor	177.003	96	1.844	0,3
	Coordinacion Derivaciones	81.701	67	1.219	0,2
	Odontología	3.192.540	784	4.072	0,7
	Consultas a demanda (clínica, pediatría y gineco)	32.626.329	7.985	4.086	0,7
	Internaciones	153.191.869	1.013	151.226	27,1
SERVICIO PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE	Atención al RN	232.817	134	1.737	0,3
	Consultas Pediátricas	11.229.270	1.408	7.975	1,4
	BCG	431.324	209	2.064	0,4
	Sarampión	322.189	198	1.627	0,3
	DPT -TRipli	2.219.062	1.058	2.097	0,4
	Polio -Sabin	955.478	1.051	909	0,2
	Curación de caries	1.600.342	393	4.072	0,7
	Educación masiva en salud y nutrición infantil	220.908	50	4.418	0,8
	Consulta de orientación sexual para jóvenes	110.012	83	1.325	0,2
	Administración de micronutrientes y	49.704	45	1.105	0,2
	Vigilancia y control del crecimiento y desarrollo	3.321.979	1.912	1.737	0,3
	Educación para salud individual (entrevistas en	2.592.520	2.206	1.175	0,2
	Inspección de medio ambiente escolar	9.402	2	4.701	0,8
	Educación grupos de padres	22.091	5	4.418	0,8
ASISTENCIA DURANTE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO	Control de Embarazo	9.912.016	1.470	6.743	1,2
	Parto Normal	14.912.939	85	175.446	31,4
	Cesárea	9.720.788	22	441.854	79,2
	Control Puerperal	87.843	74	1.187	0,2
		Charlas y Clubes a embarazadas	22.091	5	4.418
SERVICIO ORIENTADO A LA FAMILIA (PAREJA)	Educación Masivo/Grupal en Prevención de Cáncer	662.723	150	4.418	0,8
	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	310.765	331	939	0,2
	Planificación Familiar (Total Charlas y consultas	11.788.829	1.482	7.955	1,4
	Vacunación contra Tétanos (Mujer)	1.416.907	1.811	782	0,1
	Detección de Cáncer Cervico úterino PAP	508.162	433	1.174	0,2
	Atención a la Violencia Familiar (Niño - Mujer)	2.347	2	1.174	0,2
ADULTO Y ANCIANO	Cantidad de Estudios (TBC)	4.701	6	783	0,1
	Cantidad de Control (TBC)	41.698	24	1.737	0,3
	Diagnóstico Precoz de Cáncer	311.704	498	626	0,1
	Consulta de Diabetes	105.984	61	1.737	0,3
	Consulta Riesgo Cardiovascular HTA	224.129	129	1.737	0,3
	Educ. Masiva en Riesgo Cardiovascular	194.399	44	4.418	0,8
	Adicciones	26.509	6	4.418	0,8
	Educ. Masiva en accidentes y violencia	39.763	9	4.418	0,8
	Atención a incapacitados y Enfermos Mentales	58.253	30	1.942	0,3
	Grupos de Autoayuda en Patologías Crónicas	16.568	5	3.314	0,6
COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE	Educación Ambiental y de Consumo Sal Iodada	39.763	9	4.418	0,8
	Control de Agua Potable	-	-	-	-
	Vigilancia y Control de Vectores/Roedores/Dengue	45.312	6	7.552	1,4
	Atención Municipal a Denuncias	-	-	-	-
ADMINIST		1.042.462			-
TOTALES		268.118.741			-

Cuadro 17
Costos operativos de prestaciones
PCS, 2005

Rubro		C. TOTAL	PRODUCCION	C. UNITARIO	U\$S		
Internación	Clínica Méd	203.509.556	800	254.387	46		
	MatyGineco	4.158.384	261	15.933	3		
	Pediatría	79.888.303	1098	72.758	13		
	Cirugía	1.177.958	57	20.666	4		
Procedimientos	GINECOOBST	Parto Normal	23.624.943	90	262.499	47	
		Cesárea	37.855.934	56	675.999	121	
	CIRUGIA	Curetaje	1.546.128	5	309.226	55	
		Colecistect	8.923.747	12	743.646	133	
		Hernia/ApendicTraumat	4.370.083	9	485.565	87	
		Histerectom	3.356.232	4	839.058	150	
Consultas	GINECOOBST	6.318.303	1558	4.055	1		
	PEDIATRIA	AIEPI	16.615.488	2545	6.529	1	
		Otros Pediat	35.864.869	3945	9.091	2	
	CLINICA	Cirugía	3.157.381	265	11.915	2	
		Psicología	2.180.380	122	17.872	3	
		Traumatología	3.234.826	181	17.872	3	
		Oftalmolog	10.079.788	282	35.744	6	
		Diabetolog	2.373.397	166	14.298	3	
		Otorrinolar	3.753.113	210	17.872	3	
		Proced. Otorri	342.546	23	14.893	3	
		Otras clínicas	25.885.648	4647	5.570	1	
	ODONTOLOG.	Extracciones	2.423.408	543	4.463	1	
		Obturacion	2.936.483	702	4.183	1	
		Otros	2.613.794	301	8.684	2	
	URGENCIAS	Curaciones	383.377	356	1.077	0	
		Nebulización	282.148	262	1.077	0	
		Inyecciones	349.454	649	538	0	
		Otros	178.765	83	2.154	0	
	SALUD PUBLICA	INMUNIZACION	BCG	455.826	165	2.763	0
			Penta/DPT	1.540.992	549	2.807	1
			Sabin	677.058	549	1.233	0
			SPR	404.747	185	2.188	0
DT			4.663.867	1683	2.771	0	
PAP			2.967.665	1216	2.441	0	
		Gestágenos	4.487.349	1313	3.418	1	
		Condón	1.336.590	301	4.440	1	
		Diu	2.210.812	313	7.063	1	
		Depoprovera	328.579	37	8.881	2	
		Ligadura T.	5.596.585	48	116.596	21	
		Otros PF	368.348	205	1.797	0	
ENTREVISTA		8.728.668	3663	2.383	0		
Clubes		9.532	1	9.532	2		
VISIT.DOMIC.		1.811.026	570	3.177	1		
CHARLAS		5.223.380	822	6.354	1		
Servicios Tercerizados	Centro de Salud	Laboratorio	79.009.985	1441	54.830	10	
		Electrocardiog	20.202.469	397	50.888	9	
		Fisioterapia	4.396.503	123	35.744	6	
	Otros Dx Tercerizados	Ecografía	86.911.367			-	
		Ecocardiog	-			-	
		Mamograf	-			-	
		Rayos x	-			-	
		Tomografía	-			-	
Servicios de apoyo	FARMACIA	12.622.552			-		
	AMBULANCIA	47.905.198			-		
	Alimentación	6.282.509			-		
	ADMINISTR.	11.616.034			-		
TOTALES		797.142.076		791.742.450	141.889		

Costos vs. Resultados

Debido a la dificultad que representaría comparar los costos de cada una de las prestaciones brindadas por el Centro de Salud en los cuadros anteriores, se decide utilizar los partos y cesáreas como referencia. En este caso se compara con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) de Bolivia y con el precio de estas prestaciones para algunas Obras Sociales en la Argentina.

En estos casos, los costos de estas prestaciones son:

Cuadro 12
Costo de atención de parto y cesárea en Fram, SUMI (Bolivia) y OS (Argentina)
(En US \$)

Tipo de atención	Distrito de Fram		SUMI Bolivia	OS Argentina
	Básico	Básico + A, B y C		
Parto	31	47	342	300
Cesárea	79	121	409	400

Fuente: Información del proyecto en la visita de campo. Guía de Visita de Campo, "Programa Comunitario de Salud". Fram, Agosto 2006

Las conclusiones son muy claras: La atención de un parto en los sistemas de atención médica utilizados en Bolivia y Argentina, en los programas referidos son hasta siete veces superiores a los del modelo de atención de salud de Fram. Para el caso de las cesáreas, curiosamente la diferencia es menor a pesar de que es un procedimiento quirúrgico que requiere de mayor pericia y cuidados, no obstante los costos continúan siendo significativamente menores en Fram que en los otros dos países.

De acuerdo al documento de la CEPAL sobre protección social⁶⁰/, si comparamos en términos per cápita, las prestaciones de características similares en El Salvador y Honduras tendrían un costo anual de 18 y 31 dólares, respectivamente. Mientras que en FRAM el valor per-cápita varía de US\$ 7,16 para el Paquete Básico a US\$ 21 para el costo total per capita anual. Costos mucho menores que países que se encuentran en peores condiciones socioeconómicas.

En cuanto a los resultados, las tasas de mortalidad infantil se encuentran en los valores de las provincias de mejor desempeño de Argentina (Neuquén, Chubut, Santa Cruz, etc.) y apenas por debajo de la Ciudad de Buenos Aires. Y en mejores condiciones que el promedio argentino 14,4 por mil. Respecto a Paraguay, la mortalidad infantil en Fram se ubica muy por debajo del promedio país.

Comparando con otras partes del mundo, Fram tiene una tasa de mortalidad infantil más cercana al promedio de Europa y América del Norte. Respecto a la región, se ubica muy por debajo del promedio de América Latina y más cercana a los países de mejor desempeño como Chile y Costa Rica (8 por mil) y Uruguay (12 por mil); siendo Cuba (6 por mil) el país con la tasa más baja de la región (Ver cuadro 19).

⁶⁰/CEPAL. La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. 2006

Cuadro 19
EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR 1.000 NACIDOS VIVOS)
A ESCALA MUNDIAL Y CONTINENTAL, 1990-2003
(En porcentajes)

Región geográfica	1990	2003	Evolución entre 1990 y 2003
Mundo	68,1	56,5	-17,0
África	144,6	93,6	-35,3
Asia	69,2	53,1	-23,3
Europa	14,0	9,2	-34,3
América Latina y el Caribe	42,9	25,6	-40,3
América del Norte	8,2	6,8	-17,1
Oceania	33,5	28,4	-17,0

Fuente: Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2004 Revision Database [en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

Por otra parte, la tasa de mortalidad materna es cero, pero como ya fue mencionado, este valor puede fluctuar repentinamente si se diera un solo caso debido a la poca población de Fram. De cualquier forma, esta situación también depende mucho de los factores relacionados con las condiciones económicas y sociales en que viven las personas.

ASPECTOS INNOVADORES Y REPLICABLES

Es una experiencia que ha desarrollado una serie de innovaciones en la forma de dar la atención en salud, que parte de una mayor participación de la comunidad, una mayor cercanía entre los usuarios y el servicio y nuevos canales de financiamiento, elementos todos que pueden ser replicables en muchas zonas y poblaciones de la región.

La iniciativa surge como respuesta a la preocupación de los profesionales de la salud sobre la situación de la población que atienden y la necesidad sentida de que la mejora en las condiciones de salud no se logra solo desde el espacio de los centros de salud. Es necesario que la comunidad se acerque al centro, lo sienta suyo, apoye su gestión y se responsabilice del cuidado de su propia salud y la de su familia.

En este marco de ideas, una de las primeras innovaciones es la conformación de una Comisión de Salud, que incluía representantes de distintos sectores sociales y autoridades locales del Distrito, que en primer lugar propusieron la prestación gratuita de los servicios de salud. Para cubrir los costos, utilizaron los canales tradicionales de consecución de recursos, tales como rifas, carnavales, fiestas. Sin embargo, al poco tiempo se dieron cuenta de que estos no eran suficientes y, en acuerdo con el personal del Centro de Salud, decidieron continuar cobrando la prestación de los servicios médicos, pero cambiando la figura de "recuperación de costos" por la de "donación", con lo cual no era necesario realizar las transferencias que ya se han explicado, a través del Ministerio de Hacienda. Esto les permitía ganar grados de libertad en la gestión de los recursos y buscar mayor eficiencia del servicio. Con esta modalidad de "donación", no solo lograron recuperar los costos y dar los primeros pasos hacia la mejora significativa del servicio y avanzar en la creación de lazos más estrechos con la comunidad que atienden.

Los logros de esta primera etapa, tanto en costos como en calidad de los servicios ofrecidos, permitió el fortalecimiento del modelo y los hizo merecedores del apoyo de instituciones tales como el CIRD a través de USAID, UNICEF y la OPS que dieron apoyo técnico y financiero para avanzar en el análisis de la situación, el desarrollo del modelo y la capacitación a todo el personal. El apoyo de estos organismos internacionales, junto a los resultados del modelo, generó un respaldo que permitió a los miembros de la Comisión de Fram acercarse a las autoridades del Gobierno Nacional y proponer, hasta lograr, la firma del acuerdo de descentralización.

Este proceso de gestación es precisamente uno de los elementos de innovación más destacados: es un modelo básicamente consensuado y participativo, en donde no se excluye a ningún miembro de la comunidad que desee participar y que se genera desde el propio sector de la salud pública municipal, pero no se restringe solo a estos funcionarios.

Es ante todo un modelo de eficiencia en la gestión descentralizada en el nivel local, de los recursos y las acciones. En este sentido, son especialmente innovadores los aspectos relacionados con las formas de financiamiento del modelo y la unificación de aportes de diversas fuentes (públicas y privadas y de distintos niveles de gobierno), gestionado por un órgano local (CLS) que decide como asignarlos. Este órgano local, desde un inicio, demuestra a la comunidad la transparencia de sus acciones, debatiendo las decisiones en asambleas comunitarias y creando una instancia fiscalizadora, independiente del Comité y del Centro, conformada por miembros de la comunidad, elegidos por esta misma. Este elemento de confianza en la transparencia ha sido de vital importancia para el desarrollo y consolidación del modelo.

Es importante notar la capacidad para aprovechar las oportunidades que han tenido los distintos actores, donde han intentado potenciar cada una de las acciones de apoyo de las diversas organizaciones que han ofrecido ayuda.

Por otro lado, está la participación que quizás sea la clave del proceso. No solo la participación ciudadana, sino la participación de los actores políticos claves ya que ha logrado sobrevivir a cambios de autoridades locales sin dificultad por el compromiso que hay indistintamente del partido político de turno.

La participación ciudadana se ha expresado en varios ámbitos. Por ejemplo, en el control del modelo a través de un organismo elegido en asamblea al que se debe rendir cuentas periódicamente, el GVC. Esto permite más transparencia y nitidez en la relación que el CLS y el Centro de Salud tienen con la misma comunidad que es una de las principales fuentes de financiamiento.

Por otro lado, la Red de Mujeres Socio Sanitarias al inicio del proceso fue muy importante ya que generaron una concientización a través de la información que entregaban que luego se tradujo en una mayor responsabilidad de los cuidados de la salud por parte de la población, especialmente en las mujeres en edad fértil y las madres. En este punto se destaca el tema del empoderamiento de la población que crea nuevas ideas para el proyecto.

La oferta de distintos planes de salud, por parte de una institución pública, de nivel local es única en la región, especialmente si se toma en cuenta que se detallan las

prestaciones brindadas en cada uno de los planes a través de un contrato, en el que se explicitan responsabilidades de autocuidado de la salud para los beneficiarios. Como ya se mencionó se lleva a la verdadera práctica el que la salud es responsabilidad de todos y no solo del servicio médico. Pero recordemos que esta frase no se queda en “prosa”, es parte integral de los contratos de seguros de salud comunitario en cualquiera de los planes disponibles. Si cada persona y cada familia no cumple con sus responsabilidades frente a la salud en Centro de Salud no puede hacer nada por ellas.

En nuestra región también resulta innovador desarrollar y llevar a cabo la definición de los problemas de salud y las prestaciones que se deben incluir en un paquete básico, a través de un Censo local del cual todos hicieron parte activa dada la forma de recolección de la información, que es llevada a la Asamblea de la Comunidad para que la conozcan y tomen decisiones sobre la base de datos concretos. En este modelo, la población tiene toda la información necesaria para identificar tanto sus derechos frente a la salud, como sus obligaciones; decidir los elementos que debe cubrir el paquete básico a partir de la morbilidad específica de la zona y no desde parámetros promedios para todo el país. Es un modelo innovador y que debería ser replicado en todos los países de nuestra región bajo los parámetros de la descentralización.

La experiencia plantea un modelo de salud que hace acciones de promoción de la salud, prevención y curación. Desde esta perspectiva, tiene un carácter de integralidad, capaz de abordar la mayoría de las necesidades de salud de la comunidad específica. Utiliza un esquema de financiamiento que permite el fortalecimiento de los servicios de salud que provee. Y, por ser un modelo arraigado en la comunidad, camina fácilmente hacia la consolidación.

En cuanto a lo replicable, los aspectos de la gestión y el modelo de financiamiento son efectivamente replicables. De hecho el modelo está siendo implementado ya en 32 municipios de Paraguay, beneficiando a más de un millón de habitantes. La diferencia se logró a través de la construcción permanente de capital social.

Los factores que aportan a que la experiencia sea positiva es la motivación que tienen personas claves, como el director del Centro de Salud, pero además que esta motivación logra transmitirse a los pobladores, logrando de esta manera generar una participación activa en todo el proceso y así sobrevivir a cambios de autoridades y líderes comunitarios. Hay trabajo mancomunado interministerial, por ejemplo del MSPyBS y Ministerio de Hacienda, pero también con el sector privado.

Parece que la clave está en replicar los procesos de empoderamiento de la población. Por ejemplo, la creación de la red de mujeres sociosanitarias es una experiencia valiosa, replicable y clara para apoyar el desarrollo de la conciencia sobre la responsabilidad de cada uno en las condiciones de salud de sí mismos y sus familias. La conformación del Consejo Local de Salud, a través de procesos democráticos, tipo asamblea, y su utilización como ámbito de participación es el eje central ya que permite la inclusión de los diversos actores en la toma de decisiones.

La implementación y uso de un paquete informático de administración financiera fue clave en el éxito del modelo y también es replicable. Este paquete, además de registrar todos los ingresos y egresos y por tanto emitir informes contables de diversa índole, permite conocer las prestaciones brindadas a cada beneficiario, con

lo cual es posible y fácil mantener los registros de morbimortalidad de la población, información a partir de la cual les será posible, en el momento que así se requiera, plantear a la comunidad este cuadro y tomar decisiones acerca de lo que debe incluir cada paquete de servicios. Es decir, se convierte en una herramienta fundamental para la toma de decisiones de política en un ámbito participativo.

En cuanto al establecimiento explícito del paquete de prestaciones es indispensable, para cualquier sistema de salud, que sea definido de acuerdo a su situación epidemiológica y realidad local. En este sentido, vale destacar el rol que juegan los Micro Consejos Rurales de Salud, ya que elaboran los planes locales de salud en base a la realidad de su zona. De cualquier forma, el paquete básico incluye las prestaciones más esenciales de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el control y recuperación de la salud, siendo el componente más importante el materno infantil, lo que lo hace fácilmente replicable.

La capacitación del personal administrativo, de las autoridades y de la población en general, que se llevó a cabo con el apoyo del CIRD, fue indispensable para el éxito de este modelo y por lo tanto puede ser replicado en cualquier experiencia similar.

Por otra parte, y lo que es de alguna manera evidente, lo que más se necesita para replicar un modelo como este es un fuerte respaldo de las autoridades, tanto políticas como sanitarias, abiertas a debatir con la comunidad y promover un cambio acorde con la realidad local.

Por último, según un estudio realizado a nivel mundial⁶¹/, la felicidad está más íntimamente relacionada con la salud que con la riqueza. Por ende, el proyecto Programa Comunitario de Salud al brindar salud para todos, le otorga un sentido de “felicidad” a la población al facilitarles el derecho a la salud, sin discriminación por etnia, nivel socioeconómico, religión, género, etc. Esto se expresa por los enormes votos de confianza de los beneficiarios, quienes ya no sólo reciben pasivamente atención en salud sino también participan en la construcción de su atención de acuerdo a las necesidades que ellos mismos establecen.

Es un proyecto que aporta de manera significativa en el avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁴⁴/, de Naciones Unidas, aprobados por 191 países; siendo Paraguay uno de ellos. En este sentido, trabaja para solucionar dos de los objetivos. Por un lado, reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años y finalmente mejorar la salud materna, promocionando la intersectorialidad e interinstitucionalidad, mejorando la equidad en los servicios de salud y mejorando la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. “La buena salud es un factor decisivo para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito del desarrollo humano con equidad”⁶²/.

Todos estos elementos han hecho que Fram, y su modelo de salud, sea reconocido en los últimos años por distintos organismos:

⁶¹/White, Adrian. A Global Projection of Subjective Well-being: A Challenge to Positive Psychology? University of Leicester. 2006. <http://www.le.ac.uk/pc/aw57/world/sample.html>

⁴⁴/Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005

⁶²/Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005

- Certificación de UNICEF-OPS (1999), "FRAM Comunidad Saludable": Otorgada por los logros alcanzados en materia de atención de la salud a los pobladores.
- Reconocimiento del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2000): Modelo Distrital de Descentralización
- Estudio de caso en el Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Paraguay 2003 (PNUD): por su modelo muy "saludable" en gestión pública y tarea comunitaria
- Dubai 2004: Otorgado por los Emiratos Árabes Unidos como mejor práctica de iniciativa ciudadana para el Programa Salud Responsabilidad de Todos.
- Premio de ADEC: Excelencia en la función pública
- Premio RIAD: Práctica replicable de descentralización
- Premio de la Alcaldía de Medellín: Transferencia de Buenas Prácticas
- Reconocimiento de la OEA: La experiencia del Seguro Comunitario fue reconocida por su alto nivel de descentralización y participación comunitaria
- Por supuesto no se puede dejar de mencionar el cuarto lugar que obtuvo entre 1000 postulaciones al segundo ciclo del Concurso "Experiencias en Innovación Social" (noviembre 2006).

A pesar de los excelentes resultados en Fram, así como los logrados en 32 distritos de Paraguay, el modelo centralizado sigue siendo implementado en más del 70% del país, sin mostrar algún cambio razonablemente benéfico y acarreado los mismos problemas que el Programa Comunitario de Salud solucionó con el modelo descentralizado.



Funcionarios frente al Centro de Salud de Fram

Para mayor información pueden contactar a:

Dr. José A. Rolón Pose,
 Presidente del Comité Técnico del Consejo Local de Salud
 Tel: (595 761) 265-266, 265-451
 Email: centrosa@itacom.com.py

Anexo 1

Matriz del Plan Local de Salud 2000

Matriz del Plan Local de Salud 2000								
Problema	Objetivo Qué?	Actividad Cómo?	Responsable Quién?	Apoyo Con Quién?	Recursos Con qué?	Tiempo Cuándo?	Resultados esperados	
Falta de equidad en acceder a tratamiento en Salud	Creación de un Seguro Municipal	Asesoramiento por el CIRD Seguro Materno Infantil de Bolivia	*Municipalidad *Centro de Salud *Consejo Distrital	*CIRD *OPS *UNICEF	Cobro de arancel a quien tiene mas	2 años	Acceder a una atención brindando equidad y calidad con eficiencia en Servicios de salud	Logrado
Falta de métodos Aux. de Diagnóstico (Ecografía, Laboratorio)	Equipar el Centro de Salud con Equipo de Laboratorio y Ecografía	Gestionar a nivel de MSPyBS a través del Crédito Español	*Centro de Salud de Fram	VII Región Sanitaria	MSP y BS	1 Año	Análisis y Ecografía en el Centro de Salud	Logrado
Falta de Vehículo (ambulancia) que permita el traslado de pacientes y personal de Salud a diferentes rincones del Distrito	Dotar de vehículo al Centro de Salud	*Autogestionar *Fiestas *Colectas *Venta de comidas	*Centro de Salud de Fram *Consejo Distrital	*Consejo Distrital *Red de Mujeres	Propios	3 meses	Tener un Sistema de transporte adecuado	Logrado
Falta de cirugía	Poder resolver la mayoría de los problemas Quirúrgicos sin desarraigo a pacientes y familiares	Gestionar a nivel de la VII Región Sanitaria y el MSP y BS	* Centro de Salud de Fram * Consejo Distrital	VII Región Sanitaria	* Propios *MSP y BS	9 meses	Cirugías de Ap,Hernia,y Cesáreas realizadas en el Centro de Salud	Logrado

Capacitación y Profesionalización	Mejorar el rendimiento del personal de Salud	* Creación de Escuela de Enfermería * Charlas y Talleres para personal	Centro de Salud de Fram	* Municipalidad * Instituto Nacional de Salud	Cobro de arancel mensual	6 meses	* Personal capacitado * Posibilidad de Auxiliares trabajando en P.S. en distintas Zonas Rurales	Logrado
Educación Sanitaria de la población, incluyendo hábitos alimentarios en todas las edades	Educar a la población para mejora su situación sanitaria en todos sus aspectos y sobretodo sus Hábitos Alimentarios	* Charlas * Entrevistas * Visitas domiciliarias * A.I.E.P.I.	*Red de Mujeres *Sociosanitarias	Centro de Salud de Fram	Propios	3 meses	* Población solicitando los programas de Salud y concurriendo al Centro de Salud * Mejorar la Nutrición del niño *Disminuir la incidencia de enfermedades metabólicas	Logrado
Incidencia de caries y problemas dentales en la población	Disminuir el número de caries de la población de Fram	* Fluorización de agua potable *Dientes *Buches de fluor en la Zona Rural	Centro de Salud de Fram	* Consejo Distrital * Junta de Saneamiento * Plantel de Docentes *UNICEF y OPS	*Propios * Junta de Saneamiento	1 año	Mejorar la Salud bucal de la población disminuyendo en 1 año el índice de caries de la población	Se desarrollo el proyecto pero no fue aprobado por la INAM
Aguas servidas	Adecuada eliminación de excretas	Dotar de desagüe cloacal a la comunidad	Junta de Saneamiento	* Municipalidad de Fram * SENASA	Préstamo del BID reembolso precobro de arancel a vecinos	En curso 2 años	Toda la población Urbana con desagüe cloacal	Se llevo hasta la carpeta técnica pero la población considero excesivo el costo. Está en cuarto intermedio

Falta de agua en las Compañías	Dotar de agua potable a la población Rural	Proyecto de encontrar la forma de que todos puedan acceder a aguas potables y a bajo precio	Junta de Saneamiento	* SENASA	Recursos propio	2 años	Agua potable para toda la población	En proceso. Cumplido en algunas compañías
Morbimortalidad Infantil	Disminuir la morbilidad Infantil mejorando la atención primaria	Implementar AIEPI en el Distrito de Fram	Centro de Salud de Fram	*VII Región Sanitaria *OPS y UNICEF	Recursos Propios Apoyo OPS y UNICEF	3 meses	Asistencia integral niños de Fram	Logrado
Gran cantidad de partos domiciliarios	Identificar y solucionar las causas	Entrevistas Charlas capacitación	Centro de Salud Red de Mujeres	*Consejo Distrital de Salud *OPS *UNICEF	Propios OPS UNICEF	6 meses	Aumento de partos Hospitalarios Partera Empírica capacitadas realizando partos en el Centro de Salud Bajo supervisión profesional	Logrado
Falta de Higiene	Mejorar hábitos de Higiene en la Población	Charlas Entrevistas Visitas	Red de Mujeres Sociosanitarias	Consejo Distrital de Salud	Propios	1 año	Población con Hábitos de Higiene	Logrado

**ACUERDO
PARA LA DESCENTRALIZACION DE LA SALUD EN EL DISTRITO DE
FRAM**

En el marco del Acuerdo para la Descentralización de la Salud en el Departamento de Itapúa, se celebra el presente acuerdo de cooperación para la prestación de servicios de salud entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Consejo Nacional de Salud por una parte, la Municipalidad de Fram y el Consejo Local de Salud de Fram, por el otro, con el aval de la Gobernación de Itapúa y el Consejo Regional de Salud de Itapúa, el cual estará regida por las siguientes cláusulas:

- Primera:** El Consejo Local de Salud de Fram, con el aval del Consejo Regional de Salud de Itapúa, asume la transferencia técnica y administrativa de responsabilidades y recursos del sector de parte del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, comprometiéndose a asegurar la prestación de Servicios Básicos de Salud que ofrece el Centro de Salud Local, así como los servicios que forman parte de su Plan Local de Salud, elaborado con la participación de representantes de la comunidad organizada, en el cual se incluyen indefectiblemente las políticas y programas nacionales determinados por el Ministerio y que son reconocidas como prioritarios por este Consejo.
- Segunda:** El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, conservando sus derechos, y con la debida fiscalización de la 7ª. Región Sanitaria, pone a disposición del Consejo Local de Salud de Fram la infraestructura física y los recursos humanos del Centro de Salud Local y le transfiere responsabilidades técnicas y administrativas sobre la utilización de los recursos para los fines de su Plan Local de Salud.
- Tercera:** El Centro de Salud queda autorizado a declarar la gratuidad a los servicios básicos de salud incluidos en el Plan Local de Salud.
- Cuarta:** El Consejo Local de Salud, podrá arbitrar las medidas necesarias para proveer aquellos servicios que no son ofrecidos localmente, por el Centro de Salud, articulando acuerdos con el sector privado u otros organismos pertinentes. En ningún caso, los aranceles de estos servicios podrán ser superiores a los establecidos por el Ministerio. Los ingresos generados por la prestación de estos servicios, serán destinados en su totalidad para los gastos de funcionamiento, incluyendo el mantenimiento del Centro de Salud, así como sus programas y servicios.
- Quinta:** El Consejo Local de Salud podrá recibir donaciones de los usuarios de los servicios de salud, el cual deberá destinarse íntegramente a solventar los gastos de funcionamiento del Centro de Salud y los otros gastos operativos que se generen en el cumplimiento de los programas prioritarios de MSP y BS.
- Sexta:** El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Séptima Región Sanitaria, asegurará al Centro de Salud Local la provisión de los insumos básicos utilizados en los programas nacionales del mismo Ministerio como ser, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Planificación Familiar, TBC y Lepra. No así insumos hospitalarios, de limpieza, medicamentos, combustible u otros elementos que hagan el funcionamiento del Centro de Salud, items que deberán ser solventados por el Consejo Local de Salud.
- Séptima:** La Gobernación de Itapúa, a través de la coordinación del Consejo Regional de Salud de Itapúa, se compromete a aportar, en la medida de su disponibilidad presupuestaria, los recursos destinados al sector de la salud, para el fortalecimiento de las acciones del Consejo Local de Salud en el marco de su Plan Local de Salud
- Octava:** La Municipalidad aportará anualmente el equivalente en efectivo al 5%(cinco por ciento) de sus ingresos corrientes fijados en el Presupuesto Municipal, suma que será administrada localmente por el Consejo, sujeto al control de la Municipalidad,

D


el Ministerio y el Consejo Nacional de Salud y la Gobernación y el Consejo Regional de Salud.

Novena: El Consejo Regional de Salud, monitoreará, controlará y evaluará regularmente, y como mínimo semestralmente, el correcto cumplimiento, tanto de los servicios, programas y metas del Plan Local de Salud, la correcta administración de los bienes y aportes que el Consejo Local reciba, así como el adecuado funcionamiento de los servicios brindados articuladamente con otras instituciones. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Consejo Nacional de Salud, a través del Consejo Regional de Salud y la 7ª. Región Sanitaria, tendrán acceso a toda información requerida sobre los aspectos arriba mencionados.

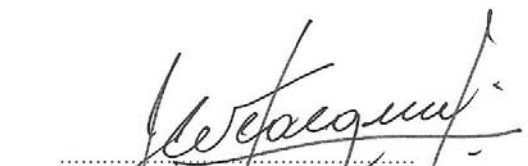
Décima: Se considerarán resultados insuficientes si las coberturas sanitarias no llegan al 90% de las metas proyectadas para ese período de tiempo.

Undécima: Este Acuerdo tendrá vigencia por el término de 3(tres) años, prorrogable de forma automáticamente, por otro periodo igual de no existir expresa oposición por escrito de alguna de las partes con por lo menos 30 días de anticipación. Anualmente, el mismo será evaluado por representantes de todas las partes suscribientes y podrá ser sometido a las modificaciones y/o ampliaciones que se consideren oportunas, las cuales serán agregadas a este Acuerdo, y formarán parte integrante del mismo, documentándose en anexos numerados. Asimismo, podrá ser rescindido antes de finalizar el periodo de vigencia, de común acuerdo o por iniciativa de una de las partes, en cuyo caso la otras partes deberán ser notificadas por escrito con 30(Treinta) días de anticipación.

En prueba de conformidad, suscriben este acuerdo el Señor Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, y Presidente del Consejo Nacional de Salud, **Dr. Julio César Velázquez**, la **Sra. Tatiana Trociuk de Parzajuk**, Intendente Municipal y Presidenta del Consejo Local de Salud de Fram, y lo avalan suficientemente, el **Dr. Luis Viedma Vigo**, Gobernador del Departamento de Itapúa, y el **Dr Emilio Tillería Encina**, Secretario de Salud de la Gobernación de Itapúa y Presidente del Consejo Regional de Salud, y como testigo de honor el Excmo. Sr. Presidente de la República del Paraguay, **Dr. Nicanor Duarte Frutos**, en cuatro ejemplares del mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de Coronel Bogado, República del Paraguay, a los doce días del mes de Julio del año dos mil cuatro.



.....
Dr. Luis Viedma Vigo
Gobernador de Itapúa



.....
Dr. Julio César Velázquez
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social
Presidente del Consejo Nacional de Salud



.....
Sra. Tatiana Trociuk de Parzajuk
Intendente Municipal
Presidenta del Consejo Local de Salud



.....
Dr. Emilio Tillería Encina
Secretario de Salud
Presidente del Consejo Regional de Salud



.....
Dr. Nicanor Duarte Frutos
Presidente de la República

Anexo 3

Disponible en: http://www.senado.gov.py/leyes/?pagina=ley_resultado&id=4019



PODER LEGISLATIVO

LEY N° 3007

QUE MODIFICA Y AMPLÍA LA LEY N° 1032/96 “QUE CREA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”.

EL CONGRESO DE LA NACION PARAGUAYA SANCIONA CON FUERZA DE

LEY:

Artículo 1°.- Los Consejos Regionales y Locales de Salud previstos en los Artículos 23, 24, 25 y 26 de la Ley N° 1.032/96, estarán exentos del cumplimiento de las obligaciones establecidas en los incisos a) y f) del Artículo 35 de la Ley N° 1.535/99 “DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO” con relación a las donaciones que reciban, así como cualquier otro recurso propio destinado a sufragar los gastos y funcionamiento de los centros asistenciales de salud que administren en virtud de acuerdos suscritos con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y aprobados por el Consejo Nacional de Salud.

Artículo 2°.- Los Consejos Regionales y Locales de Salud están facultados a percibir, administrar y disponer de los recursos mencionados en el artículo anterior, debiendo preverse en el estatuto social o reglamento de cada Consejo Regional y Local de Salud, un procedimiento especial para la percepción, uso, registro y rendición de cuentas de sus ingresos y egresos, los que únicamente podrán estar destinados al funcionamiento de los mencionados centros asistenciales, a inversiones de capital en los mismos, contratación de recursos humanos y desarrollo de programas de salud pública en el municipio correspondiente. Igualmente, los estatutos o reglamentos deben prever que quienes tengan a su cargo la aprobación, revisión y el control de los gastos, cualesquiera sea el cargo que ocupen, no pueden ser integrantes de la mesa directiva, ni funcionarios o empleados dependientes de los Consejos Regionales y Locales de Salud.

Artículo 3°.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social supervisará la utilización de estos recursos por parte de los Consejos Regionales y Locales de Salud, sin perjuicio de los controles internos, así como el examen, revisión o auditoría por parte de cualquier organismo constitucional del Estado.

Artículo 4°.- Los Consejos Regionales y Locales quedan autorizados a habilitar una cuenta corriente y/o cajas de ahorro en las instituciones financieras de intermediación supervisadas por la Superintendencia de Bancos y/o el Instituto Nacional de Cooperativismo (INCOOP).

Artículo 5°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Aprobado el Proyecto de Ley por la Honorable Cámara de Diputados, a un día del mes de junio del año dos mil seis, y por la Honorable Cámara de Senadores, a treinta y un días del mes de agosto del año dos mil seis, quedando sancionado el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 206 de la Constitución Nacional.

Víctor Alcides Bogado González
Presidente
H. Cámara de Diputados

Enrique González Quintana
Presidente
H. Cámara de Senadores

Mario Alberto Coronel Paredes
Secretario Parlamentario

Cándido Vera Bejarano
Secretario Parlamentario

Asunción, 21 de setiembre de 2006.

Téngase por Ley de la República, publíquese e insértese en el Registro Oficial.

El Presidente de la República

Nicanor Duarte Frutos

Oscar Martínez Doldán
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Anexo 4

Contrato con Beneficiarios

I. De los términos generales

Considerando la necesidad de contribuir a la mejor calidad de vida de las familias de la Comunidad de Fram, Dpto. de Itapúa; la Municipalidad de Fram, el Consejo Local de Salud, en forma conjunta con el Centro de Salud Local, se comprometen y responsabilizan a organizar, administrar y gestionar el *Programa Comunitario de Salud de Fram*, que brinde *Servicios y Atenciones de Salud*, para las familias que residen en la comunidad. Los mismos se explicitan en este Acuerdo en un apartado, "De términos particulares".

Por su parte, la Comunidad de Fram, a través de la opción y aceptación voluntaria de cada familia y la firma de los términos particulares de este Acuerdo, se comprometen a participar del *Programa Comunitario de Salud de Fram*, contribuyendo con un aporte mensual para recibir los beneficios estipulados en detalle en los términos particulares del presente Acuerdo.

La celebración del presente Acuerdo implica, por ambas partes, el reconocimiento del carácter comunitario y de la responsabilidad social del *Programa Comunitario de Salud de Fram*, así como el conocimiento y la aceptación de las normas de organización y funcionamiento de este sistema, establecido en interés y beneficio exclusivo del Beneficiario/a y su entorno familiar adheridos al Programa; al igual que al acatamiento de las resoluciones y reglamentaciones que establezca el Consejo Local de Salud, que sean pertinentes.-

Así también el Consejo Local de Salud declara que este Programa no busca lucro y cualquier excedente entre aportes y egresos lo reinvertirá nuevamente en beneficio de la comunidad, de acuerdo a lo establecido en el Plan Local de Salud de Fram.-

II. De las definiciones

A los fines de interpretación de este acuerdo, se entenderá por:

2.1. Programa Comunitario de Salud de Fram: constituye el sistema organizativo, administrativo y financiero para la implementación de servicios y atenciones de salud, para las familias que residen en la comunidad de Fram, contemplados en el Plan Local de Salud, incluyendo los programas prioritarios y políticas sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

2.2. Acuerdo: instrumento que regula las relaciones entre el Consejo Local de Salud y los Beneficiario/as, estableciendo los derechos y compromisos de cada una de las partes.-

2.3. Administrador de Prestadores: es el Consejo Local de Salud de Fram, quien cumple las funciones de obtener recursos y canalizarlos a los prestadores (Centro de Salud, Farmacia Social, otros prestadores públicos y privados), a fin de posibilitar la prestación de servicios de salud a los Beneficiario/as correspondientes.

2.4. Beneficiario/as (titulares y dependientes): Cada grupo familiar está integrado por el/la jefe/a de familia, su cónyuge y los/as hijos/as hasta 18 años y abonan la cuota establecida en el Plan de Salud por todos los integrantes de mismo. Dentro de cada grupo familiar se identifican: **Beneficiario/a titular:** es el/la jefe/a de familia. **Beneficiario/as dependientes directos:** pueden estar integrados por el/la cónyuge y los/as hijos/as hasta 18 años bajo su dependencia, todos ellos acreditados a través de la documentación requerida. **Beneficiarios dependientes adheridos:** podrán ser incluidos como Beneficiarios dependientes

adheridos, con el aporte de una cuota mensual adicional a la cuota familiar, los/as hijos/as solteros/as mayores de 18 años en situación de dependencia; los padres y/o suegros, que vivan en casa de los beneficiarios y/o dependen económicamente de los mismos. El certificado de dependencia, tanto para los/as hijos/as, como para padres y/suegros, se hará con dos testigos o con el Certificado de Vida y Residencia otorgado por la Policía Nacional. Se establece en carácter extraordinario y con autorización del Consejo Local de Salud, que el grupo familiar pueda estar integrado por un/a Beneficiario/a Titular y beneficiarios dependientes, que no sean el/la cónyuge y sus hijos/a, sino cualquier persona que comparta la misma vivienda y dependa económicamente del Beneficiario titular (ej. primos/a, sobrinos/a, tios/a, empleada domestica, ahijado/a, y similares). En este caso el grupo familiar no puede ser mayor de 4 personas.-

2.5. Paquete Básico: Es el conjunto de servicios y prestaciones de salud considerados prioritarios a los cuales tienen acceso todos los habitantes de Fram, independientemente si están adheridos o no al "Programa Comunitario de Salud de Fram" y son brindados a través del Centro de Salud.-

2.6. Plan A, Plan B, Plan C, (Paquete Básico Ampliado): Son planes de salud optativos (voluntarios) que otorgan algunas prestaciones y beneficios adicionales al Paquete Básico, a los cuales se accede a través del pago de una determinada cuota mensual por grupo familiar y el cumplimiento de la contrapartida.-

2.7. Centro de Salud de Fram: principal establecimiento sanitario donde se ofrecen y brindan los servicios y atenciones de salud incluidos en el Paquete Básico y las coberturas incluidas en los distintos planes (A, B, y C) que puedan ser brindados en el mismo, de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive de problemas.

2.8. Otros Prestadores de Servicios y Atenciones de Salud: constituidos por otros prestadores de servicios distintos al Centro de Salud de Fram, tales como el Hospital Regional de Encarnación, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa, y otros servicios médicos y de diagnósticos privados, con quienes el Consejo Local de Salud suscriba acuerdos y convenios.

2.9. Orden de Servicio: Es la autorización médica otorgada por el Administrador de Prestadores, al beneficiario/a que necesita realizar consulta, estudios diagnósticos y/o terapéuticos y/o internación en un servicio o con un profesional, externo al Centro de Salud de Fram.

2.10. Contrapartida: Son los compromisos que asumen los Beneficiario/as que se adhieran al Acuerdo: **a)** Aportar mensualmente la suma estipulada de acuerdo al Plan elegido; **b)** Cumplir las recomendaciones sanitarias para el cuidado de la salud. (Claus. 6 Inc. 7).

2.11. Grupo Comunitario de Control y Verificación: representantes de la comunidad electos en asamblea, encargados de fiscalizar e informar la gestión del Consejo Local de Salud, en las áreas administrativa y sanitaria (servicios y atenciones de salud), velando por los derechos de los Beneficiario/as, y la población en general.

III. De los términos particulares

CLAUSULA 1 : El Consejo Local de Salud, denominado a los efectos del presente Acuerdo: "**Administrador de los Prestadores**", con domicilio en Colombia entre Guaira y Cordillera de la ciudad de Fram.; representado en este acto por su presidente el con cédula de identidad N°.....y la secretaria Sr/a., con cédula de identidad N°.....y por otra parte el/la Sr./Sra....., domiciliada en.....

con cédula de identidad N°.....; denominado en adelante "**Beneficiario/a Titular**" convienen en celebrar el presente *Acuerdo de Compromiso y Prestación de Servicios y Atenciones de Salud*.-

CLAUSULA 2: Suscriben este Acuerdo, el/la **Beneficiario/a Titular** en representación de sus descendientes, denominados **Beneficiario/as dependientes directos**, entendiéndose por tales al/la cónyuge e hijos/as hasta de 18 años bajo su dependencia, todos ellos acreditados a través de la documentación requerida. El hijo recién nacido deberá ser incluido dentro del primer mes subsiguiente a su nacimiento con su correspondiente certificado de nacimiento.-

CLAUSULA 3: El/la Beneficiario/a Titular y Dependientes se acogen a los beneficios establecidos en favor de los mismos en el paquete Básico Ampliado de Prestación de Servicios y Atenciones en Salud, explicitados en el **Plan de Salud "A"**, elegido por el mismo y cuyos detalles se anexan al presente Acuerdo. El titular y sus Beneficiario/as aceptan las condiciones de contrapartida, sobre recomendaciones sanitarias para el cuidado de la salud.-

CLAUSULA 4: Vigencia del Acuerdo: La vigencia del presente Acuerdo es de 12 (doce) meses, a partir del día.... del mes de..... del año..... hasta el día..... del mes..... de.....del año..... y entrará en vigencia inmediatamente, después del primer pago de la cuota correspondiente a su Plan de Salud.-

CLAUSULA 5: Normas generales: El/la Beneficiario/a/a utilizará los beneficios ofrecidos por este Acuerdo y habilitados por el Administrador de Prestadores, únicamente a través del Centro de Salud de Fram u otros servicios laboratoriales y/o de diagnóstico habilitados, en las condiciones incluidas en su Plan de Salud y el Listado de Profesionales y de Servicios habilitados, en forma y condiciones que le serán proveídos al Beneficiario/a Titular, en contrapartida a la firma de este Acuerdo.-

5.1 Los servicios que no estén expresamente establecidos en su Plan de Salud serán abonados por el/la **Beneficiario/a**. En estos casos, las atenciones y servicios serán otorgadas con obligación de pago de los aranceles establecidos por el **Administrador de Prestadores**. -

5.2 El **Administrador de Prestadores** proveerá al **Beneficiario/a Titular** un Listado de Profesionales y Servicios habilitados, el arancel de precios vigente, la forma y cantidad de utilización de los mismos durante la vigencia del presente Acuerdo. Para la utilización de los servicios el/la **Beneficiario/a Titular y sus Beneficiario/as dependientes** deberán presentar su carnet vigente de usuario que le será proveído por el **Administrador de Prestadores**.

5.3 Para acceder a los beneficios de este Acuerdo, explicitados en el **Plan de Salud A** (consultas con especialistas, estudios especializados, cirugías, internaciones) únicamente podrán hacerlo **previa consulta en el Centro de Salud de Fram** y autorización del **Administrador de Prestadores**, a través de la Orden de Servicio correspondiente.

5.4 Las coberturas ofrecidas en el presente contrato son individuales, para cada uno de los componentes del grupo familiar. No serán permitidas las transferencias a terceros, extraños al grupo familiar.

CLAUSULA 6: Contrapartida del Beneficiario Titular

6.1 Aportar la cuota mensual, correspondiente a su Plan de Salud.-

6.2. Mantener al día los pagos de las cuotas. La falta de pago de dos mensualidades le hará perder al Beneficiario/a todos sus beneficios.-

- 6.3. Conservar** el carnet de usuario y los comprobantes de pagos y cumplir con la contrapartida exigida por este acuerdo presentando el correspondiente certificado de cumplimiento que será expedido gratuitamente por el **Administrador de Prestadores..** En caso de pérdida del carnet, la expedición del duplicado tendrá un costo adicional.-
- 6.4 Utilizar** racionalmente los servicios prestados, teniendo en cuenta que es un servicio comunitario.-
- 6.5** Los cambios de dirección y/o teléfonos de **Beneficiario/a titular** deberán ser comunicados inmediatamente al **Administrador de Prestadores.-**
- 6.6.** Los Beneficiarios/as para poder acceder a los beneficios de este Acuerdo deberán aportar como contrapartida, lo siguiente:
- 6.6.1.** Esquema de vacunación al día, según norma del Ministerio de Salud.-
- 6.6.2** Realizar un mínimo de 6 controles prenatales en embarazadas de bajo riesgo y 9 en embarazadas de alto riesgo o un control adecuado y acorde a su edad gestacional. -
- 6.6.3.** En las mujeres mayores de 18 años tener realizado en el último año un Papanicolaou (PAP) y un control clínico de mamas.-
- 6.6.4.** Haber realizado en el hogar un control del Índice de Infestación del Aedes negativo en el último año (solamente urbano).-
- 6.6.5.** Haber realizado un control dentario en el último año y si estuviera embarazada en el transcurso de este embarazo. -
- 6.6.6.** En los menores de 5 años haber realizado consulta, en los últimos seis meses. -

CLAUSULA 7: DE LAS EXCLUSIONES: Las lesiones, heridas, traumatismos por acción de arma blanca o de fuego, ocurridas en fiestas, juegos de azar, riñas callejeras, asaltos, robos u otras similares en intento de suicidio en contravención de leyes, resoluciones municipales u otras reglamentaciones de cumplimiento legal y en las cuales exista responsabilidad directa del "Beneficiario/a". Así también, si el Beneficiario/a estuviera bajo efectos del alcohol u otras drogas, el mismo tendrá la obligación de abonar la totalidad de los gastos necesarios para su asistencia médica y rehabilitación. –

CLAUSULA 8: ANTIGÜEDAD RECONOCIDA

8.1. Se establece una carencia de 3 meses para la habilitación con coberturas de las siguientes prestaciones: parto normal, parto por cesárea, internación clínica o quirúrgica de enfermedades crónicas. Todos los otros beneficios serán de cobertura inmediata, luego del pago de la cuota correspondiente y la habilitación del carnet.

CLAUSULA 9: RENOVACIÓN DEL ACUERDO

9.1. El presente acuerdo podrá ser renovado de común acuerdo entre las partes, con las cláusulas, condiciones, cobertura y alcance que se acuerden a la fecha de renovación, mediante acuerdo celebrado con 30 días de anticipación a la fecha de vencimiento de su vigencia. Si el Beneficiario/a no comunica al Administrador de Prestadores su voluntad de no renovar este Acuerdo el Administrador de Prestadores se reserva el derecho a su renovación automática, previo ajuste de aranceles si fuere necesario.

CLAUSULA 10: En caso de fallecimiento del **Beneficiario/a titular**, sus Beneficiario/as dependientes seguirán recibiendo cobertura de los beneficios del acuerdo quedando exonerado de sus aportes el tiempo que dure el contrato, previa

evaluación social de la familia y autorización por escrito de parte del Administrador de Prestadores, dentro de los treinta días de ocurrido el hecho.

CLAUSULA 11: RESCICION DEL ACUERDO

11.1. El presente acuerdo podrá ser unilateralmente rescindido, por el **Beneficiario/a** sin expresión de causa y en cualquier momento, sin derecho a solicitar devolución¹ de sus aportes, notificándose tal circunstancia a la otra parte, dentro de los primeros 20 días del mes anterior de la desvinculación, Por parte del **Administrador de Prestadores** por causa justificada y notificada por escrito al Beneficiario/a, con 30 días de anticipación. –

CLAUSULA 12: DE LAS MENSUALIDADES

12.1. El **Beneficiario/a Titular** declara adeudar, a la orden del Administrador de Prestadores por la coberturas de beneficios de la eventual utilización de los servicios de salud previsto en este acuerdo, la suma de guaraníes (.....) por un 1 año, que será pagada en.....cuotas de Gs.,venciendo la primera de ellas el día.....del mes..... del año 2.00.....

12.2. El aporte de las cuotas deberá realizarse entre el 1º al día 10 de cada mes en curso.-

12.3. La falta de pago de dos mensualidades le hará perder al Beneficiario/a todos sus beneficios, los que serán reanudados 48 horas después del pago al día de los mismos.

CLAUSULA 13: DE LAS CUOTAS y/o ARANCELES

13.1. El valor de las cuotas y/o aranceles solo podrá modificarse cada 6 meses a pedido del **Administrador de Prestadores** siempre y cuando este presente un déficit en su balance semestral del 10% o más, entre los aportes y los egreso para el cumplimiento adecuado del Acuerdo. Para este efecto el **Administrador de Prestadores** deberá presentar un balance aprobado por el **Grupo Comunitario de Control y Verificación**. Dicha modificación no afectara a los Beneficiarios/as que abonaron sus cuotas por adelantado a este periodo.

CLAUSULA 14: DEL GRUPO COMUNITARIO DE CONTROL Y VERIFICACIÓN

14.1. EL **Grupo Comunitario de Control y Verificación (GCCV)** está integrado por representantes de la comunidad electos en asamblea, encargados de fiscalizar e informar sobre la gestión del Consejo Local de Salud, en las áreas administrativa y sanitaria (servicios y atenciones de salud), velando por los derechos de los Beneficiario/as, y la población en general.

14.2. El GCCV tiene como responsabilidades: a) auditar los estados contables del Consejo Local de Salud y del Programa Comunitarios de Protección de la Salud de Fram; b) evaluar y hacer el seguimiento sobre el cumplimiento de objetivos y metas de los Programas de Salud Pública y el Plan Local de Salud; c) Investigar denuncias de los beneficiarios y/o de la comunidad sobre problemas de calidad de atención en los servicios prestados por el Centro de Salud de Fram o de los servicios ofertados en el Programa Comunitarios de Salud de Fram, en cualquiera de sus planes y por cualquiera de sus prestadores habilitados.-

CLAUSULA 15: A los efectos del presente acuerdo las partes intervinientes constituyen domicilio en los lugares indicados, y acuerdan que en caso de divergencias en la interpretación o implementación de este acuerdo deberá recurrir primeramente al **Grupo Comunitario de Control y Verificación** para dirimir sus

diferencias. El Consejo Local de Salud se compromete a realizar todo lo necesario para facilitar las tareas del grupo auditor, facilitándole toda la información que corresponda.

CLAUSULA 16: DISPOSICION TRANSITORIA

16.1 El Administrador de Prestadores resuelve que a partir del inicio del Programa, habilitará la categoría de **Socios Fundadores** para todas aquellas familias que se suscriban al sistema en un plazo de tres meses, siguientes al mismo.-

16.2. Los Socios Fundadores tendrán el beneficio de la habilitación inmediata de los servicios previo pago de la cuota correspondiente a su Plan de Salud (único caso de excepción a lo establecido en la Cláusula 8 de este Acuerdo).

En prueba de conformidad y aceptación suscriben las partes del presente acuerdo en dos ejemplares de un mismo tenor y efecto en el distrito de Fram, Departamento de Itapúa a los días del mes de..... del año 2.....

Por el Consejo Local de Salud de Fram:

Presidente – Secretaria - Beneficiario/a

Acuerdo para la Descentralización firmado el 12 de julio del 2004
