

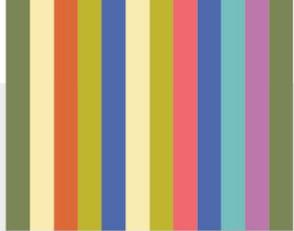


FISCALIDAD

PARA LA

EQUIDAD SOCIAL





INFORME SOBRE EQUIDAD TRIBUTARIA Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD



DERECHO A LA SALUD

- ✓ **Derecho humano y social** fundamental garantizado por el Estado a toda la población del país
- ✓ **Bien público**, no un bien de mercado, regido por la oferta y la demanda
- ✓ Parte del **desarrollo sustentable** y del **bienestar social**

El derecho a la salud se refiere a la **calidad de vida** de una población específica, que condiciona sus formas de enfermarse y de morir; al **acceso a servicios** que resuelvan con calidad y oportunamente los problemas de salud/enfermedad, y a la **participación social**, como ejercicio de ciudadanía y democracia

La salud es un tema político de relevancia, cuyo referencial teórico es el de la **determinación social**

MARCO LEGAL NACIONAL

Carta Magna 1992 **Estado Social de Derecho**

Art. 6º **Calidad de vida**

Art. 7º **Ambiente saludable**

Art. 68º **Salud como derecho**

Art. 69º **Sistema Nacional de Salud**

MSPBS Política Nacional de Salud Indígena (PNSI)



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Público

Ad. Central

Ministerio de Salud

S. Militar

S. Policial

Ad. Descentralizada

Hospital de Clínicas

Instituto de Previsión
Social

Gobernaciones

Municipios



Privado

Sin fines de lucro

ONG's

Cooperativas

Con fines de lucro

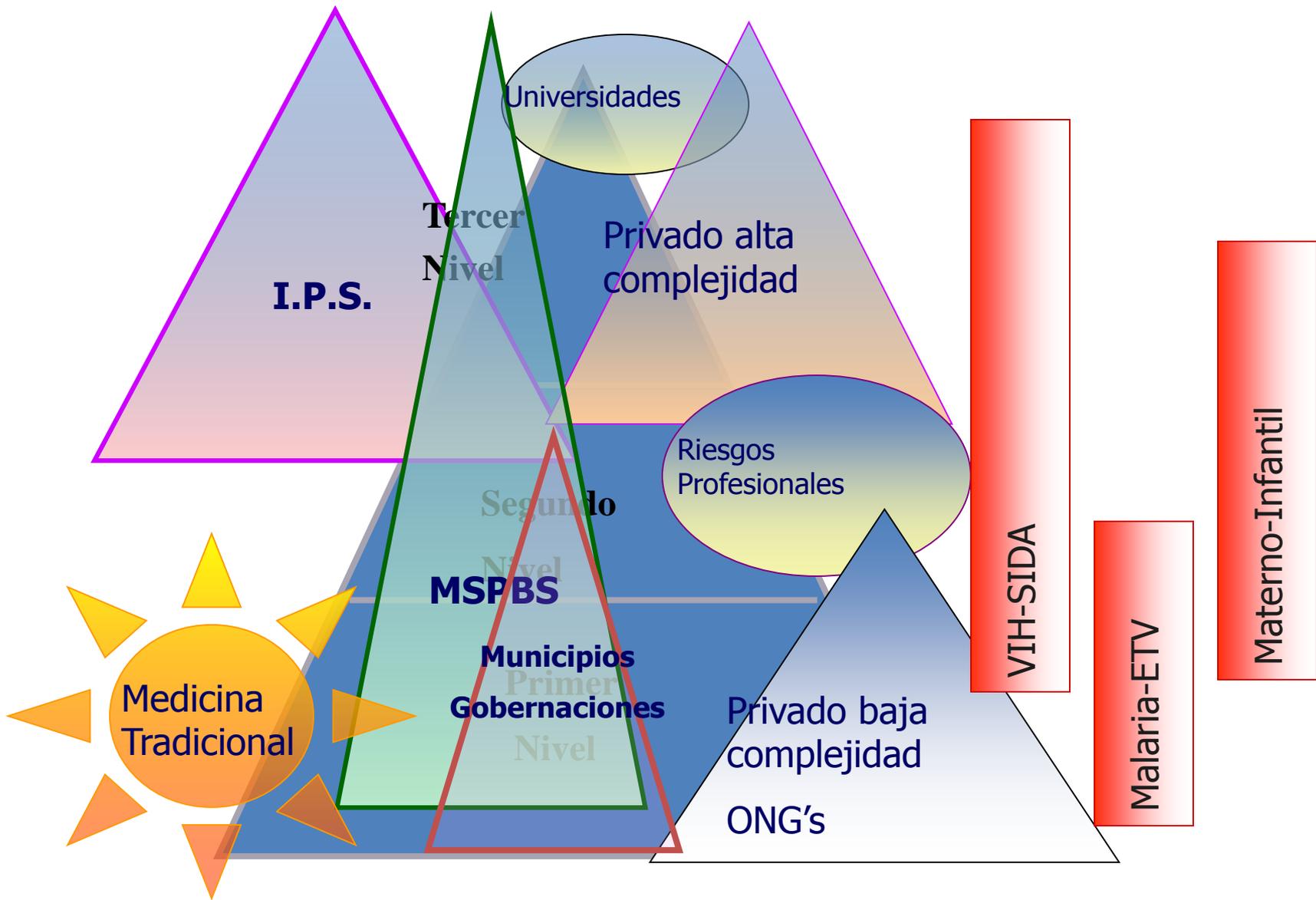
Medicina Prepaga

Proveedores privados

Otros



FRAGMENTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



MARCO LEGAL REGIONAL E INTERNACIONAL

Conferencia Internacional de Salud, 1946

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966, art. 10.2 y 12

Declaración Belém do Pará Tratado Regional Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (art. 6)

Convención de Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), art. 10, 12 y 14.2

Convención de los Derechos del Niño, art. 24.1 y 24.2

Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas ONU 61/295



MARCO LEGAL REGIONAL E INTERNACIONAL

Declaración de Desarrollo Sustentable - ODS 2030

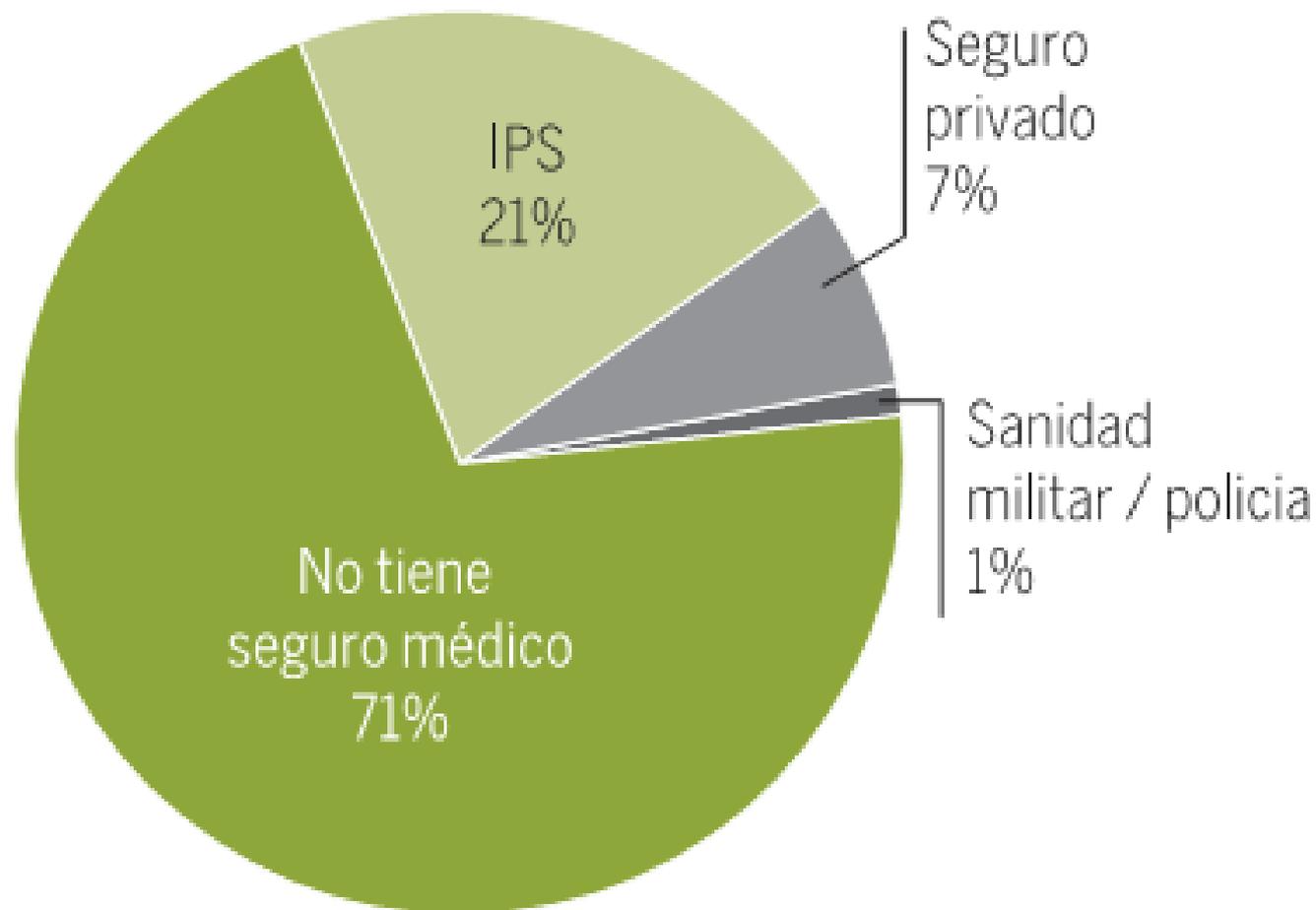
- ✓ Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a ***menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos***
- ✓ Reducir la mortalidad neonatal al menos hasta ***12 por cada 1.000 nacidos vivos***, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta ***25 por cada 1.000 nacidos vivos***
- ✓ Reducir en ***un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles*** mediante la prevención y el tratamiento, así como ***promover la salud mental y el bienestar***
- ✓ Aumentar sustancialmente la ***financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario*** en los países en desarrollo



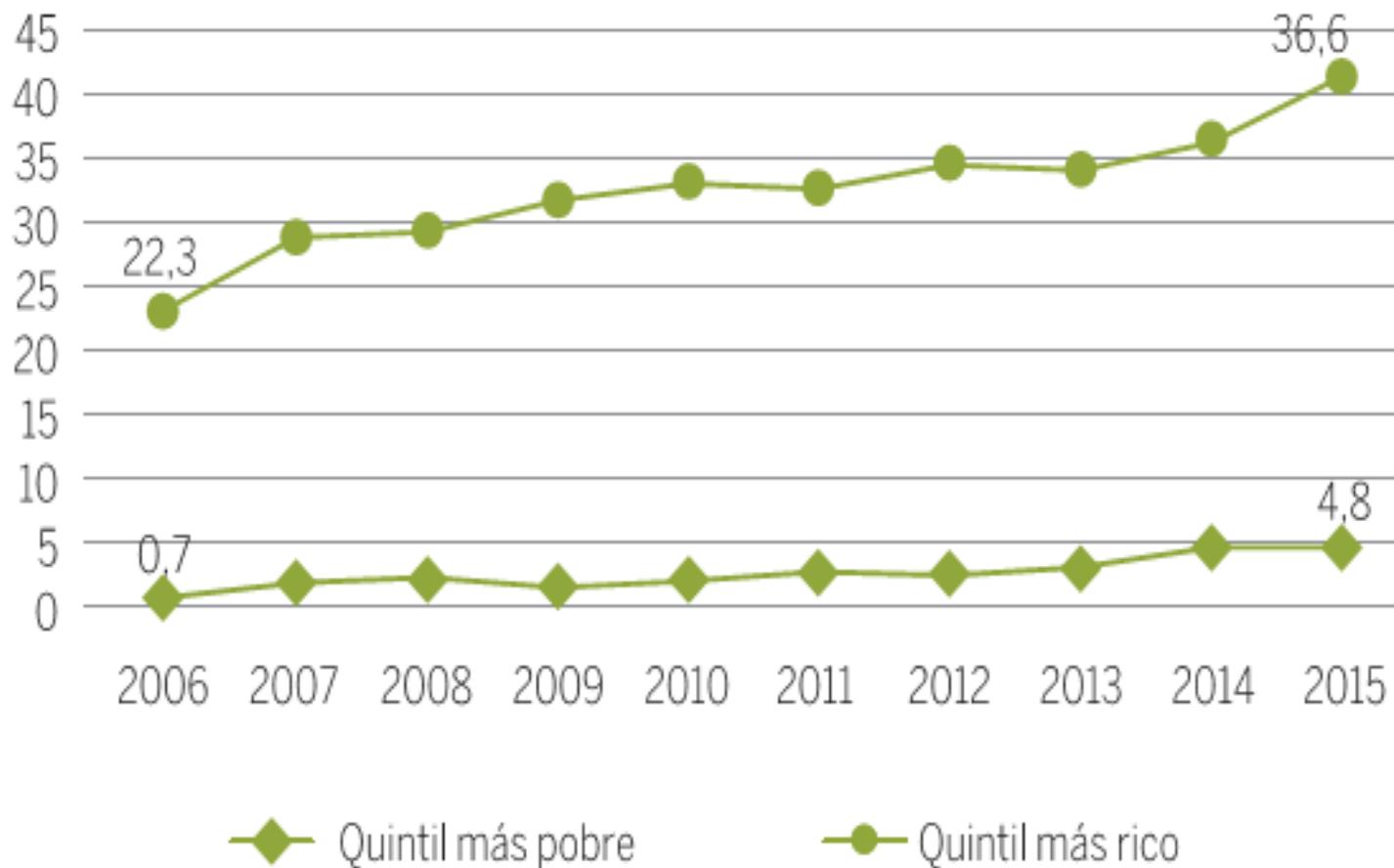
FUENTES

- Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del 2006 al 2015
- Encuesta de Hogares Indígena (EHI) 2008
- Censo Indígena 2012
- Otras fuentes seleccionados INDIMOR-BOOTS-MEMORIAS DGAPS

Cobertura Sanitaria por tipo de seguro, Nivel Nacional, 2015 (EPH)



Tenencia de Seguro 2006-2015, según nivel de ingreso (EPH)



TENENCIA DE SEGURO SEGÚN POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA (EPH Y EIH 2008)

	Población indígena	Población no indígena
Sin seguro IPS	87.8%	74.9%
Con seguro IPS	2.1%	16%



ESTADO DE SALUD

nivel nacional

El indicador de presencia o no de alguna dolencia o accidente en los últimos 90 días

23,3% alguna enfermedad o accidente (**2006**)

31,4% alguna enfermedad o accidente (**2015**)

8,1 p.p. de diferencia en 10 años

Aumento se dio en **todos** los quintiles

ESTADO DE SALUD

Nivel de ingreso



En el 2015, el quintil más pobre es el que más enfermó **(36,1%)**

El porcentaje decrece a medida que mejora el ingreso en los quintiles siguientes (33,8%, 31,9% y 28,9%)

Llegando a su valor más bajo **(26,7%)** en el quintil más rico

ESTADO DE SALUD

Quintil mas pobre



El aumento fue **mayor** en este quintil, con casi 10 p.p.

2006 un **27,6%** } se enfermó o accidentó
2015 un **36,1%** }

Paradójicamente es también el quintil que menos consultó (**78,7%**) al estar enfermo o accidentado

CONSULTA POBLACIÓN ENFERMA

En el 2006, los porcentajes de quienes consultaron, estando enfermos, **aumentó en función a sus niveles de ingreso**

El quintil **más pobre** consultó en un **49,7%**, en los tres quintiles siguientes los porcentajes fueron de 55,9%, 60,8% y 67,2%, respectivamente

El valor más alto se observa en el quintil **más rico**, con un **76,7%** de acceso a la consulta

CONSULTA POBLACIÓN ENFERMA



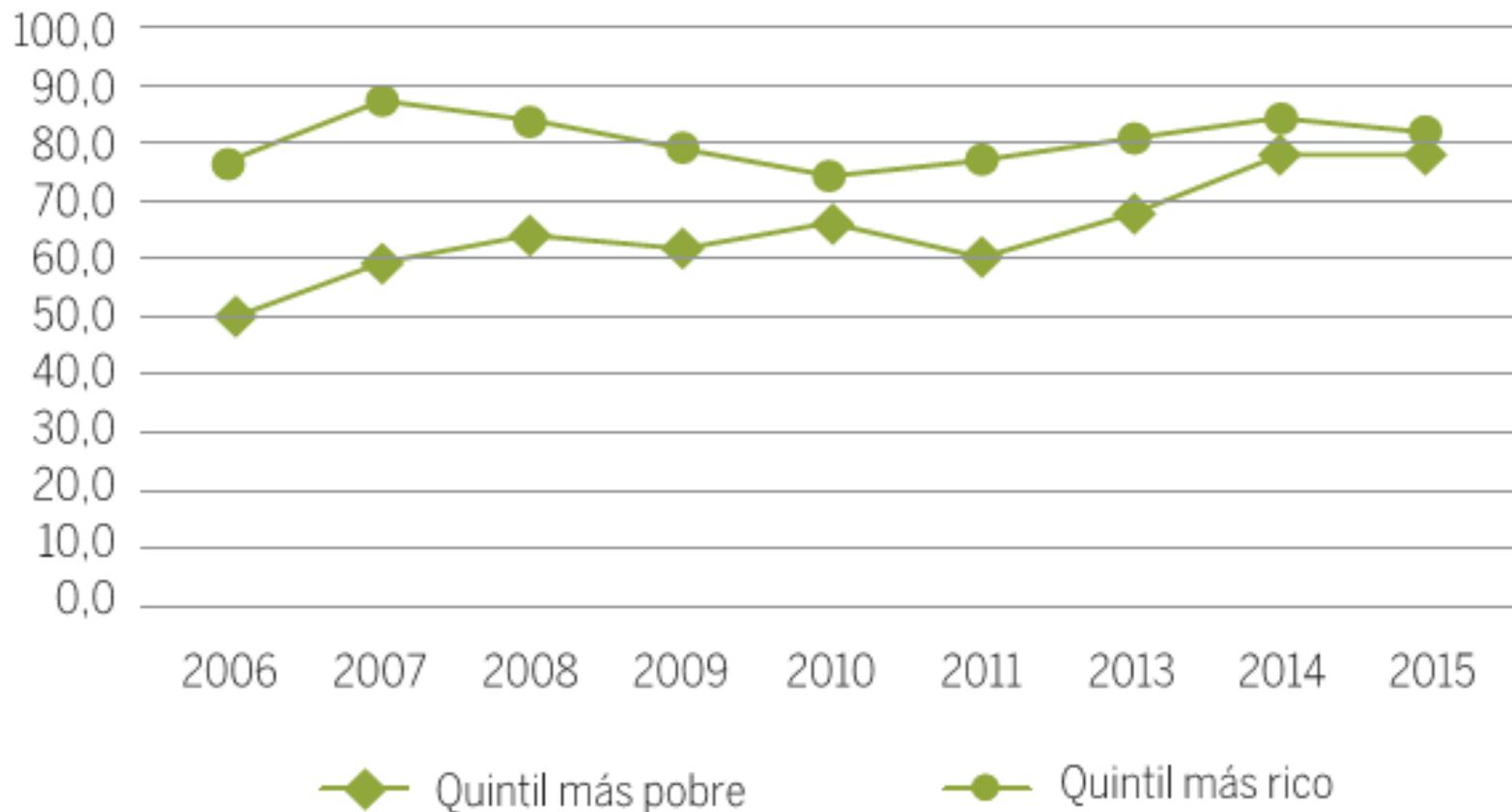
Periodo 2006-2015 el crecimiento de consultas fue mayor en los de menor ingreso

El quintil más pobre aumentó en **27** p.p.

Los tres siguientes crecieron en 25,9, 19,6 y 17,3

El de menor incremento fue el quintil más rico, con 5,5 p.p.

CONSULTA , POR QUINTIL MAS POBRE Y MAS RICO



CONSULTA POBLACIÓN ENFERMA

URBANO-RURAL (2006-2015)



Ambas mejoraron su porcentaje de consulta

La urbana pasó de **69,5%** a **82,7%**

La rural pasó de **52,1%** a **79,5%**

Disminuyó la brecha entre ambas poblaciones de **17,4** a **3,2** puntos porcentuales en 10 años

CONSULTA POBLACIÓN ENFERMA

departamentos



Itapúa creció en forma notable en **33,8** p.p.
de 52,3% a 86,1%

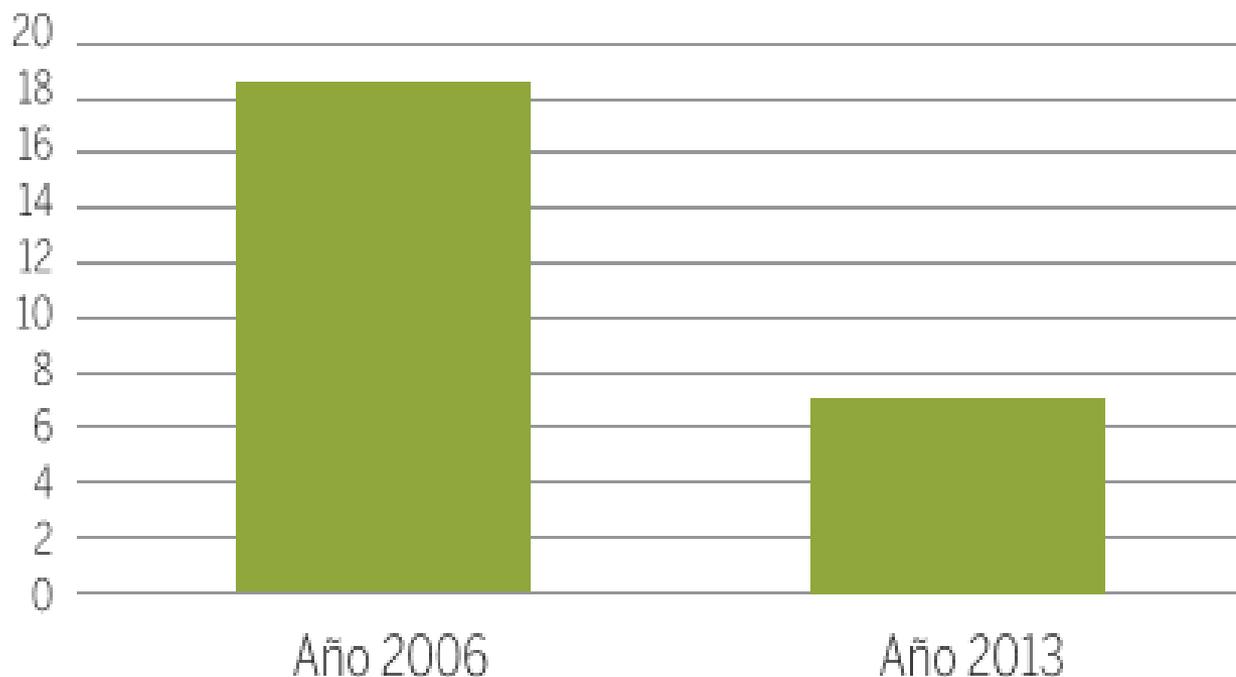
San Pedro **25.7** p.p. / Central **25** p.p.

Alto Paraná **14.9** p.p. / Caaguazú **14.2** p.p.

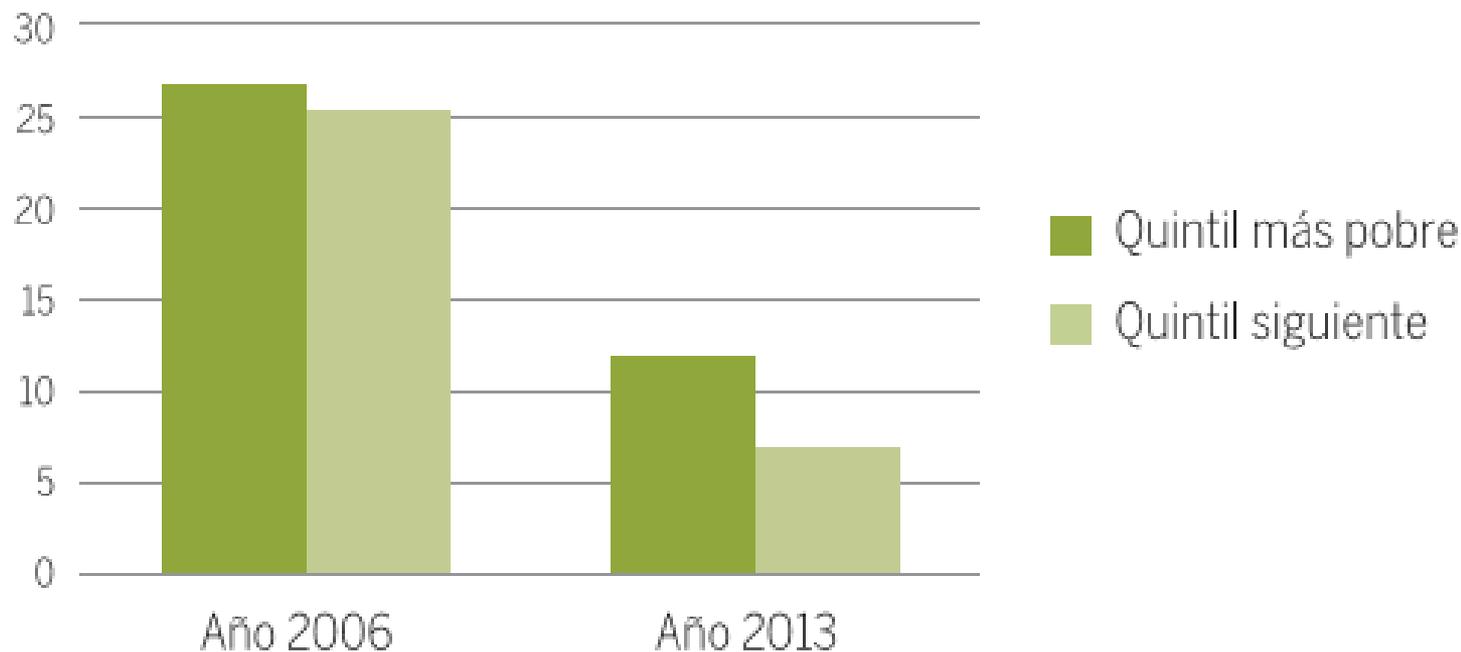
CONSULTA COMPARATIVA EPH Y EIH 2008

	Población Indígena	Población No Indígena	
		20% más pobre	20% más rico
Si, consultó	39,4	63,5	83,7

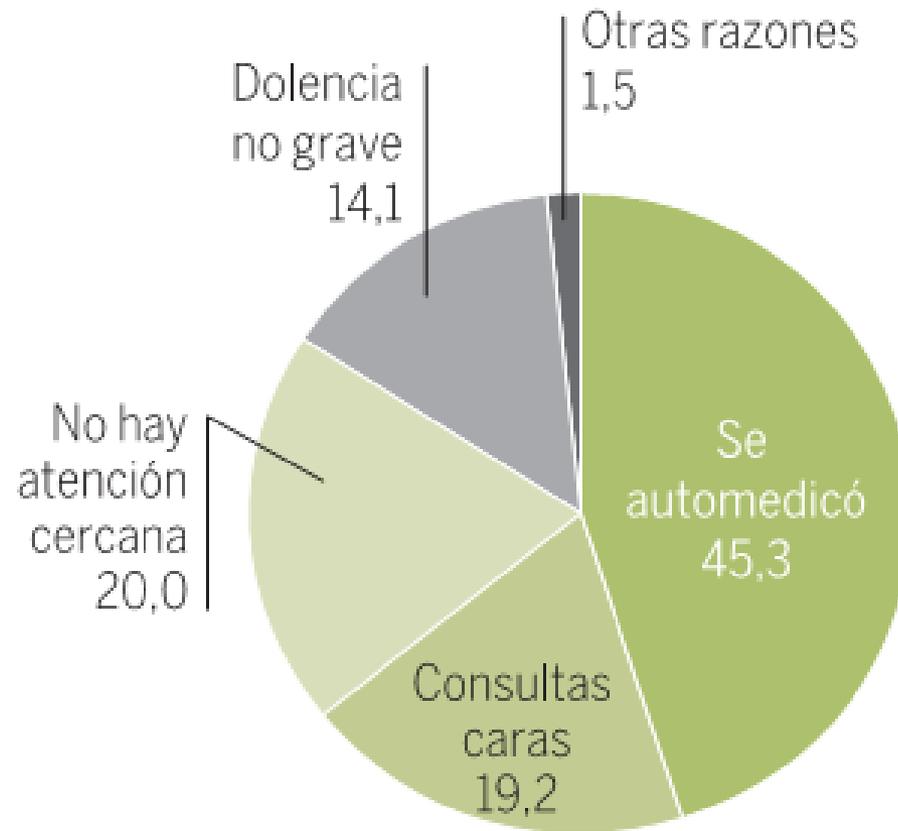
MOTIVOS DE NO CONSULTA, ATENCIÓN NO CERCANA, MALA O CARA NIVEL NACIONAL (EPH 2006-2013)



MOTIVOS DE NO CONSULTA, ATENCIÓN NO CERCANA, MALA, CARA POR QUINTILES (EPH 2006-2015)



MOTIVOS DE NO CONSULTA POBLACIÓN INDÍGENA EIH 2008



CONSULTA-DOCTOR

2006-2015

A nivel nacional las consultas de las personas enfermas se incrementaron de 87,4% a 95,5%

Disminuyeron las tasas de consultas con enfermeras de 4,1% a 2% y con farmacéutico de 3,3% a 1%

En todos los quintiles se dio el mismo comportamiento. En el quintil más pobre el aumento fue mayor **18.2 p.p.**

73 a 91,2%

En los quintiles siguientes fue de 12,8/ 5/ 4.9 p.p.

El menor crecimiento se dio en el quintil más rico con 2 p.p (tenía ya alto porcentaje de consulta con médicos)

CON QUIEN CONSULTA



El porcentaje de consulta con el doctor aumenta en la medida que crecen los niveles de ingreso, pero la diferencia se acortó en la última década

En el 2006 la brecha entre los que consultaban con el doctor del quintil más pobre y del más rico era de **23** p.p.

Diferencia que cayó a **7.2** p.p. en el 2015

CON QUIÉN CONSULTA POR PUEBLOS INDÍGENAS/NO INDÍGENAS (EPH Y EIH 2008)

	Población Indígena	Población No Indígena	
		20% más pobre	20% más rico
Doctor	65,6	84.5	97.3
Enfermero	26,1	9.9	0.8
Farmacéutico		1.4	1.2
Curandero	4,5	3.8	0.5
Otro	3,8	0.4	0.3

DONDE CONSULTAN

2006-2015

Los centros de salud, hospitales públicos y el IPS fueron los lugares de consultas más frecuentes

Los sanatorios, consultorios privados, farmacias y curanderos decrecieron en el lapso

DONDE CONSULTAN



Las consultas en los centros de salud (incluye puestos de salud y USF) crecieron del **28,8% al 41,1%**

Ese aumento fue sostenido del 2006 al 2012
Se paralizó entre el 2013 y 2014

DONDE CONSULTAN



Los hospitales públicos (**MSPBS y Hospital de Clínicas**) crecieron como lugar de consulta de **17,75%** (2006) al **24,6%** (2015)

La concurrencia al **IPS** se incrementó en **4,3** p.p.

Cayeron los porcentajes de consultas a los **servicios privados** (de 28,3% a 17,9%) a **farmacias y curanderos** (de 11,8% a 4,4%)

QUINTIL MAS POBRE

2006-2015

Es el que tuvo el mayor aumento en las consultas a los **centros de salud (37,7% a 58,3%)**

Las consultas a sanatorios privados cayeron a la mitad **(12,6 a 6,7%)** y a un tercio las consultas a farmacias y curanderos **(23,4 a 7,3%)**

La consulta a hospitales públicos, cayó levemente del **25% al 22,5%**

La consulta a servicios del **IPS**, se incrementó de **1,5% a 5,2%**

CONSULTAS

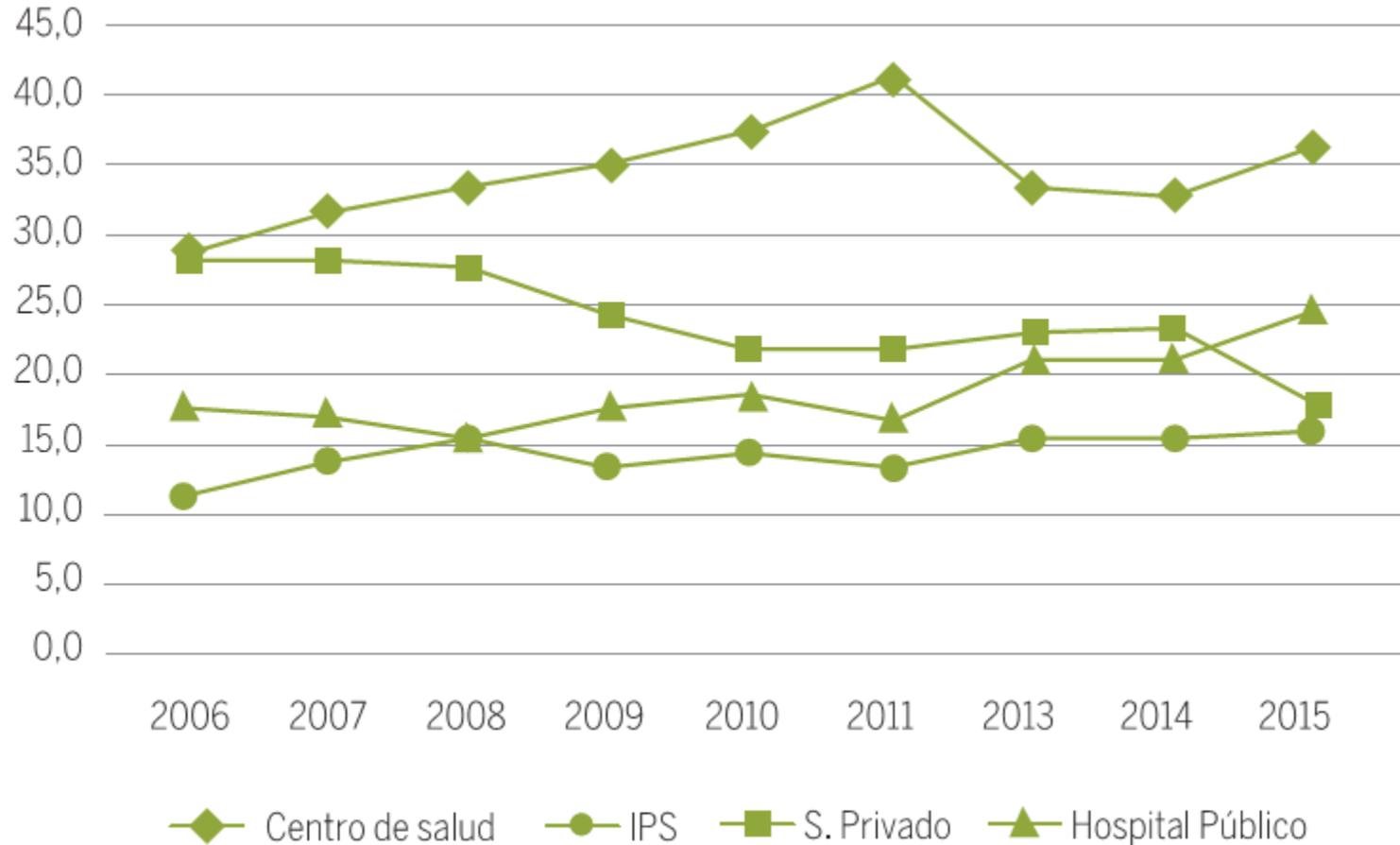
Urbano-rural 2015

Urbano: se distribuyen casi equitativamente entre cuatro servicios: IPS, hospitales públicos, centros de salud y sanatorios privados

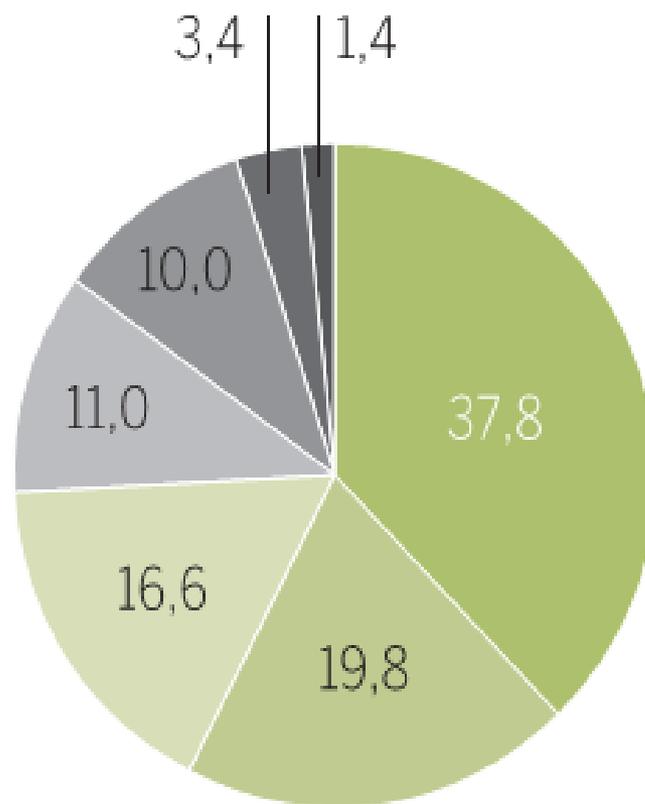
Rural: más de la mitad de la población (51,3%) consulta en centros de salud, 24,3% en hospitales públicos, un 12% en sanatorios privados y 7% IPS

Consulta a IPS urbana **21,9%** vs. rural **7%**

LUGAR DE CONSULTA



LUGAR DE CONSULTA DE INDÍGENAS (EIH-2008)



- IPS
- Hospital Indígena
- Hospital del MSP
- Centro / Puesto de salud del MSP
- Sanatorio o clínica privada
- Casa del chamán, en su casa u otra casa particular
- Otro

ACCESO A MEDICAMENTOS

En **2006** el **26,2%** de quienes consultaron recibieron medicamentos (**220.831 personas**)

En **2010** el porcentaje fue de **49,2%** (**848.876 personas**)

En **2015**, el porcentaje subió a **60,1%** (**1.060.831 personas**) **cinco veces más** que en el 2006

En el lapso de 10 años, el acceso a los medicamentos creció de **22,8% a 62,6%** en áreas rurales de **28,6% a 58,4%** en áreas urbanas

ACCESO A MEDICAMENTOS



El quintil más pobre aumentó **44 p.p.** el acceso de **24,6%** (2006) a **68,6%** (2015)

Esta cifra va decreciendo al aumentar los niveles de ingreso

El nivel más bajo de **42,3%**, correspondiente al quintil más rico

ACCESO A MEDICAMENTOS

por departamentos 2006-2015



San Pedro subió de **19,4 a 68,2%** (48,8 p.p.)

Central subió de **28,8% a 65,5%**

Asunción de **25,7% a 59,6%**

Caaguazú de **21,6 a 55,5%**

Itapuá de **21,3 a 54,5%**

Alto Paraná de **29,4 a 44,6%**

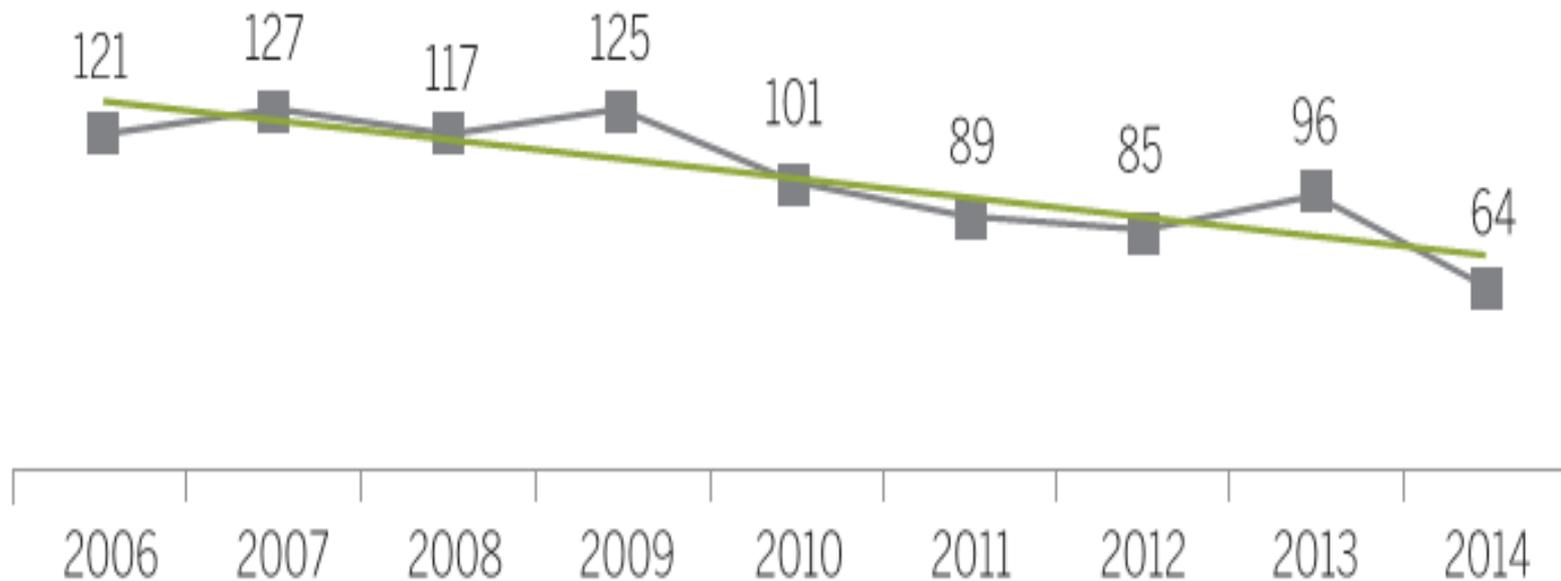
INTERNACIÓN

A nivel nacional aumentó de 9,1% (2012) a 10,9% (2015)

A medida que suben los niveles de ingreso crece el porcentaje de personas que estando enfermas se internan

En el primer quintil es de 9,2% y en el quinto del 13,3%

Razón de Mortalidad Materna 2006-2014



MORTALIDAD MATERNA (MM)

Tasa nacional **81,8** MM por 100.000 N.V. (2015)

R. Occidental Alto Paraguay **692** (2013); Pte. Hayes **90,5** y Boquerón **346,7** (2015).

R. Oriental en el 2015 Amambay **190,4** Canindeyú **167,1** Concepción **153,1**

Los valores más bajos ese año fueron los de Central **51,4** Asunción **52,1** y Paraguarí **62,8**

La MM de Boquerón **6,7** veces más alta que la de Asunción.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

Indicador	Evolución del Indicador					Meta 2015
	2000	2005	2010	2014	2015	
4.1 Tasa registrada de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años de edad (por 1000 nacidos vivos).	25,6	21,8	19,3	16,8	16,4	13,3
4.2 Tasa registrada de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos).	20,2	17,8	16,3	14,5	14,2	10,1

MORTALIDAD INFANTIL

2015



Tasa nacional **14,2** por 1.000 N.V.

Asunción **13,1**

Pte. Hayes **19,9** Boquerón **22,9**

Alto Paraguay **23,6**

Alto Paraná **17,8** Amambay **15,9** Canindeyú **15,6** y

Concepción **16,6**

RAP %

Riesgo Atribuible Poblacional Porcentual, Paraguay 2012

Edades	RAP%	N° defunciones	N° muertes a reducir
< de 1 año	14%	1590	223
< de 5 años	16%	1635	294

Evolución del Presupuesto del Ministerio de Salud 2006-2015

Año	2006	2007	2008	2009
Presupuesto vigente	1,079,139,470,232	1,332,080,077,040	1,393,357,803,702	2,042,577,501,479
Presupuesto ejecutado	864,961,438,621	1,036,784,119,567	1,050,301,232,082	1,543,167,662,187
%	80%	78%	75%	76%

Año	2010	2011	2012	2013
Presupuesto vigente	2,057,790,589,269	2,592,610,684,355	3,810,313,893,364	4,049,464,064,580
Presupuesto ejecutado	1,841,509,603,508	2,277,874,326,313	2,933,730,251,601	2,848,268,352,977
%	89%	88%	77%	70%

Año	2014	2015
Presupuesto vigente	4,500,049,796,127	4,817,008,930,051
Presupuesto ejecutado	3,449,020,968,231	3,714,493,515,514
%	77%	77%



Presupuesto DGAPS Asignado y Ejecutado 2009-2015

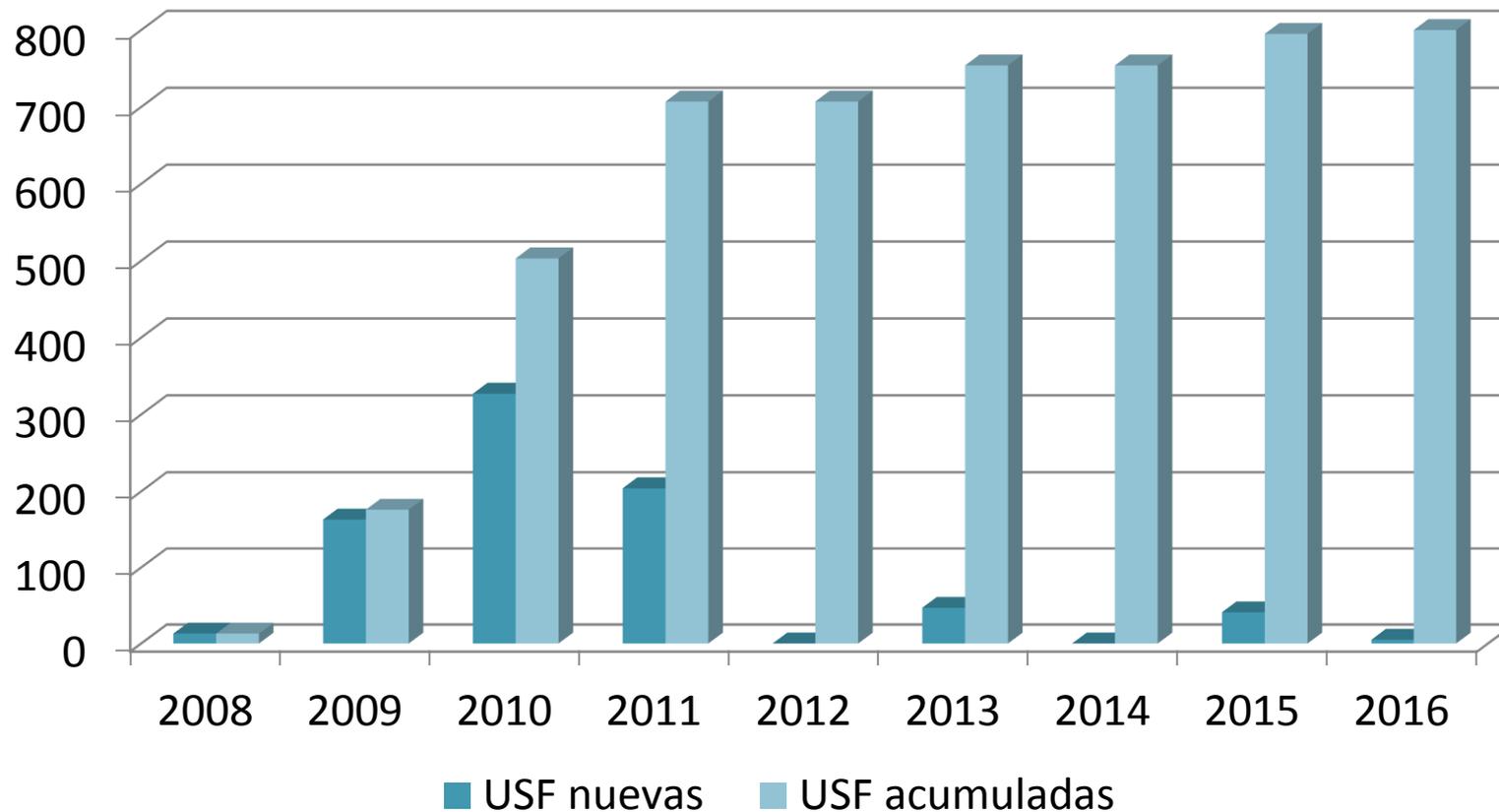


UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA

AÑO	USF
2008	13
2009	163
2010	327
2011	204
2012	0
2013	47
2014	0
2015	41
2016	5

Desde diciembre de **2008**
a diciembre de **2012**
se instalaron **707** USF
En los siguientes 4 años
se instalaron **93** USF

USF INSTALADAS 2008-2016



CONCLUSIONES

Cobertura del seguro **IPS** se duplicó en 10 años, con brechas de inequidad por ingresos y zona geográfica, favoreciendo al quintil más rico, a la zona urbana, con menor cobertura para población empobrecida, la cual se enfermó más pero consultó menos.

La cobertura de seguro **IPS** de la población indígena tiene una brecha de ocho veces menos que el promedio nacional, siendo los más excluidos, aún por debajo del quintil más pobre de la población no indígena

Creció la consulta en el sector público (Centros de Salud y USF), con el “doctor”, disminuyó la barrera de acceso a los servicios públicos por cercanía de los mismos a los hogares

El quintil más pobre recibió mayor acceso a medicamentos



CONCLUSIONES

Las tasas de **mortalidad materna e infantil** como expresión de condiciones de vida y acceso a servicios, han descendido pero **sin lograr la meta ODM**, con inequidades al interior de los departamentos y distritos

El Riesgo Atribuible Poblacional (**RAP**) indicador de desigualdad, evidenció las 223 muertes evitables de menores de 1 año, para el 2012

Se verificó un estancamiento en la instalación de nuevas USF coincidente con la disminución del presupuesto para atención primaria de salud, de tal modo que en los primeros 4 años se instalaron 707 USF y en los siguientes 4 años 93 USF



DESAFIOS

Vigencia plena del **Estado Social de Derecho/ Sistema de Protecciones Sociales/vigencia de los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales**

- **Sistema Nacional de Salud único, universal, integral y gratuito**

... “disponibilidad; accesibilidad geográfica y económica criterios de equidad; sin discriminación; acceso a la información; aceptabilidad, calidad para resolver oportunamente los problemas de salud. Suficientes de acuerdo a la población, con insumos y medicamentos esenciales, profesionales capacitados y bien remunerados (ONU 2.000)

- **Base tributaria justa**
- **Políticas públicas de calidad de vida y equidad**
- **Participación protagónica de la ciudadanía**

Actuando sobre las causas profundas que vulneran el derecho a la salud y generan pobreza exclusión, enfermedades y muertes

