Análisis de la Situación de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

CON APOYO DE

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud Américas

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

TESÃI HA TEKO PORÃVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo Ñande Rapere Ha'ãga Guive
Construyendo el futuro hoy

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Análisis de la Situación de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Elaboración, distribución e información:
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
Brasil 857 casi Manuel Domínguez
Asunción - Paraguay
e-mail: dvent@mspbs.gov.py
Tel/fax: (595 21) 222 013
Impreso en Paraguay 2014

ISBN: 978-99967-36-27-8

AUTORIDADES

Dr. Antonio Carlos Barrios
Ministro

Dra. María Teresa Barán Wasilchuk
Viceministra

Dra. Águeda Cabello Sarubbi
Directora General de Vigilancia de la Salud

Prof. Dra. Felicia Cañete Villalba
Directora de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles

FICHA TÉCNICA

Elaboración

Patricia Lima Pereira
Consultora para la elaboración del Plan Nacional de Enfermedades No Transmisibles 2014-2024

Revisión y Edición

Prof. Dra. Felicia Cañete
Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (DVENT)
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)

Dra. Patricia Santa Olalla
Organización Panamericana de la Salud /
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

Colaboración

Tania Paiva
Ethel Santacruz
Gilda Benítez
Gladys Aquino
Nilda Recalde
Claudia Sánchez
Juan Carlos Alvarenga
José Ortellado
Susana Barreto.

CONTENIDO

Presentación 7

Capítulo 1. Determinantes de salud 9
Determinantes sociales, políticos y del ambiente 11
Descripción del país 11
Composición étnica y otras nacionalidades 12
Idioma 13
Organización político-territorial 14
Estructura de edad de la población 15
Urbanización y dinámicas territoriales 17
Pobreza 19
Estructura económica 20
Acceso a bienes de consumo y servicios públicos 28
Perfil Epidemiológico y Estructura Sanitaria 31
Perfil epidemiológico 31
Principales causas de mortalidad 32
Salud materno-infantil 33
Marco de Políticas Públicas 35
Organización del Sistema Nacional de Salud 35
Sistema de Vigilancia e Información en Salud 41
Sistema Nacional de Información 41
Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 42
Publicaciones y difusión de la información 43

Capítulo 2. Factores de riesgo de las ECNT 45
Consumo de tabaco 47
Consumo nocivo de bebidas alcohólicas 49
Dieta no saludable 51
Inactividad física 53
Sobrepeso y obesidad 55

Capítulo 3. Carga de las ECNT 59
Enfermedades cardiovasculares 62
Cáncer 66
Diabetes 69
Enfermedades respiratorias crónicas 71
Otras enfermedades crónicas no transmisibles 72

Capítulo 4. Respuesta mundial, regional y local a las ECNT 73
Marco internacional de respuesta a las ECNT 75
Marco Regional de respuesta a las ECNT 76
Marco Nacional de respuesta a las ECNT 78

Conclusión 79
Documentos relacionados y normativas 80
Indicadores de ECNT 81
Bibliografía 83

LISTADO DE ABREVIATURAS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo
ANR	Asociación Nacional Republicana - Partido Colorado.
APS	Atención Primaria de la Salud
BCP	Banco Central de Paraguay
CNE	Centro Nacional de Enlace
DGEEC	Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos
DGVS	Dirección General de Vigilancia de la Salud
DIGIES	Dirección General de Información Estratégica en Salud
DVENT	Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EEB	Educación Escolar Básica
ENFR	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles
ENO	Enfermedades de Notificación Obligatoria
ERR	Equipo de Respuesta Rápida
ESPII	Potenciales Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional
ESPIN	Eventos de Salud Pública de Importancia Nacional
IBS	Indicadores Básicos de Salud
IMAGRO	Impuesto a la renta por actividades agropecuarias
IPS	Instituto de Previsión Social
IRACIS	Impuesto a la Renta de Actividades Comerciales, Industriales o de Servicios
IRPC	impuesto a la renta del pequeño contribuyente
ISC	Impuesto selectivo al consumo
IVA	Impuesto al Valor Agregado
Mercosur	Mercado Común del Sur
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ODM	Objetivos del Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PIB	Producto Interno Bruto
PLANAL	Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional
PNCL	Programa Nacional de Control de la Lepra
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRONASIDA	Programa Nacional de Control de SIDA e ITS
RSI (2005)	Reglamento Sanitario Internacional 2005
SAA	Sub-Sistema de Información de Servicios de Salud-Área Ambulatoria
SINAIS	Sistema Nacional de Información Estratégica en Salud
SSIEV	Sub-Sistema de Estadísticas Vitales
UER	Unidades Epidemiológicas Regionales
Unasur	Unión de Naciones Suramericanas
USF	Unidad de Salud Familiar

PRESENTACIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) constituyen la causa principal de enfermedad y muerte prematura evitable a nivel mundial. Está estimado que el ochenta por ciento de las ECNT se podrían evitar mediante la prevención primaria, a través del cambio de comportamientos relacionados al consumo de tabaco, el consumo de grasas, alcohol y sal, la prevención de la obesidad y la promoción de la actividad física, además de algunas mejoras en las condiciones ambientales como la calidad del aire y la planificación urbana.

Es reconocido que el sector de la salud no puede, por sí solo, hacer frente a los desafíos que implican un abordaje sobre las desigualdades sociales y los determinantes sociales de la salud. La prevención y el control de las ECNT requieren, por tanto, de la alianza con sectores de ámbitos tan diversos como la agricultura, el urbanismo, el comercio, la planificación urbana, la educación, el transporte, la energía y el medio ambiente entre otros.

El propósito de este documento es hacer una descripción de los factores sociales, económicos y del ambiente en Paraguay, que repercuten en la incidencia de factores de riesgo relacionados con las ECNT. Se ha utilizado una variedad de fuentes secundarias con el objetivo de consolidar y presentar información relevante para el diseño de políticas e intervenciones. Presenta, además, datos actualizados referentes a la carga de las principales ECNT a nivel nacional, a los efectos de que puedan contribuir a establecer las líneas de base para las metas de futuras intervenciones.

El material está dividido en 4 Capítulos: I. Determinantes de salud; II. Factores de riesgo; III. Carga de las ECNT; y IV. Respuesta mundial, regional y local a las ENT.

En el Capítulo I se presentan datos sobre los determinantes que condicionan la salud: sociales, económicos y del ambiente, los estilos de vida y el funcionamiento de los sistemas de salud y de vigilancia.

En el Capítulo II se analizan datos sobre los factores de riesgos asociados a las enfermedades crónicas más comunes: el consumo de tabaco, la inactividad física, los malos hábitos alimenticios, el consumo excesivo de alcohol y la obesidad.

En el Capítulo III se describe la situación de las cuatro enfermedades no transmisibles que representan la más alta carga de morbi-mortalidad para el país (enfermedades cardiovasculares, diabetes, afecciones respiratorias crónicas y cáncer) y además se menciona otras enfermedades crónicas que también generan un impacto importante en los pacientes que las padecen: los trastornos mentales y las enfermedades renales. Algunas de ellas comparten factores de riesgo y pueden beneficiarse con respuestas comunes a las enfermedades no transmisibles citados anteriormente.

El Capítulo IV se presenta un marco histórico reciente de cómo las ECNT han ido ganando relevancia en la escena mundial y regional. Presenta además las cuatro grandes líneas de acción que podrían marcar las políticas públicas, considerando la suficiente evidencia que existe sobre la efectividad de las medidas.

El material está dirigido a formuladores de planes y políticas públicas tanto del sector salud como de otros sectores vinculados a los determinantes de las ECNT, así como a trabajadores de la salud, investigadores y la sociedad civil.

Su objetivo es alentar la discusión y el debate público sobre los factores clave relacionados con la alta carga de enfermedad crónica, sus factores de riesgo y sus repercusiones en la calidad de vida y la garantía del derecho a la salud en Paraguay.

Prof. Dra. Felicia Cañete

CAPÍTULO 1

Determinantes de salud

Determinantes sociales, políticos y del ambiente

La política, las finanzas, el comercio, la agricultura, la vivienda, la educación, la planificación de la comunidad, el transporte y el medio ambiente determinan la forma en que la gente vive y los riesgos sociales y personales a los que está expuesta. Es necesario entender el modo en que se definen y se implementan las políticas públicas en los niveles nacionales, departamentales y locales, para identificar a los actores y comprometerlos en la acción. El abordaje intersectorial es fundamental para intervenir en las causas de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y sus múltiples dimensiones.

Descripción del país

Paraguay es un país de 406.755 km² y 6.672.631 habitantes[1], de población mayoritariamente joven y de reciente urbanización en comparación con otros países de la región. Está situado en el centro de América del Sur. Limita con Argentina al sudeste, sur y sudoeste, con Bolivia al norte y con Brasil al este. No tiene costas marítimas.

El territorio se encuentra dividido en dos regiones con características demográficas y de ecosistemas naturales muy diferenciados, separadas por el Río Paraguay. (Gráfico I.1.). La Región Oriental abarca el 39% del territorio nacional con rico caudal hídrico, tierras fértiles y planicies pastosas, albergando al 97% de la población en 14 departamentos y la ciudad capital.

La Región Occidental o Chaco comprende el 61% del territorio nacional y está dividida en tres departamentos.

Esta región posee una zona baja, con palmares cerca del litoral del río Paraguay y una vasta llanura semiárida en la zona central y norte. En el Chaco reside poco más del 2% de la población total del país.

Gráfico I.1.

Densidad poblacional por departamentos. 2012

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEEC, 2012

Composición étnica y otras nacionalidades

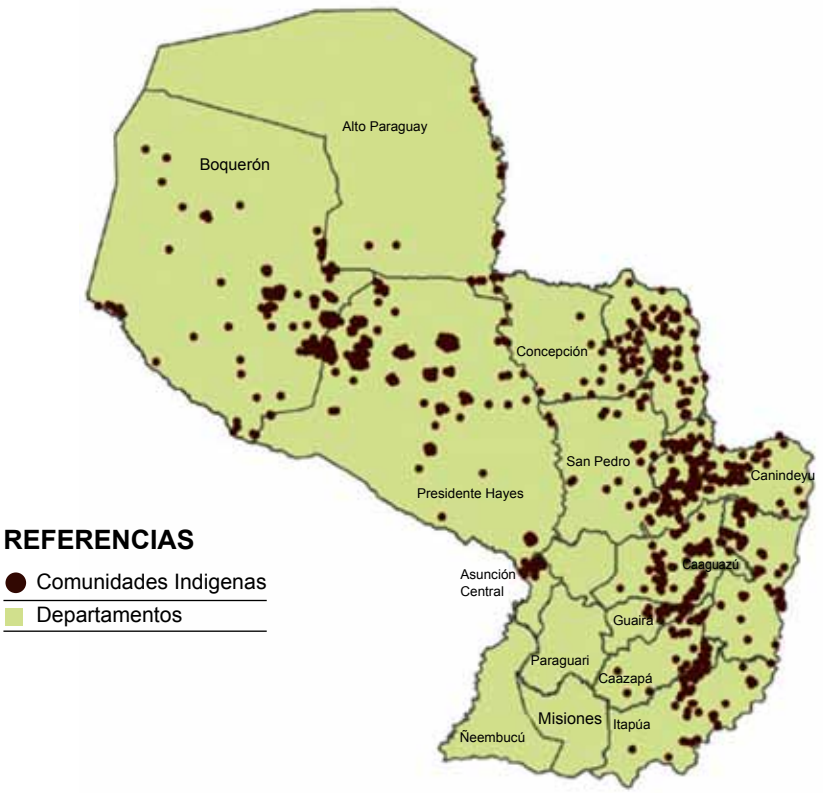
Las características étnicas han sido frecuentemente descriptas como un factor a tener en cuenta en el momento de analizar las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgos. En países de ingresos altos, las poblaciones indígenas tienen una mayor carga que las poblaciones no indígenas.[2] Menos se sabe acerca de estos patrones en los países de bajos y medianos ingresos. En México, por ejemplo se ha encontrado mayores factores protectores contra la obesidad en la población indígena que en la población general. [3] En Paraguay, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2011 (ENFR 2011) reveló diferencias significativas, que requieren abordajes diferenciados.[4]

La población indígena en Paraguay está compuesta por un total de 112.848 personas, de las cuales el 52% reside en la Región Oriental y el 48% en el Chaco. El departamento con mayor población indígena en el país es Presidente Hayes. Le siguen Boquerón y Canindeyú. Los departamentos con menos población indígena son: Central, Itapúa, Guairá y la capital del país. (Gráfico I.2.)

En total existen 19 pueblos. Los de mayor presencia son Mbya, Ava Guaraní y Nivaclé. En cambio en las comunidades Guaná, Tomárãho y Manjui, en el 2012, existían apenas 86, 183 y 385 personas, respectivamente. De no tomarse medidas oportunas, la disminución de la población de estos pueblos podría acentuarse peligrosamente, apuntaban los coordinadores del Censo Indígena 2012.[5]

Con respecto a la población migrante y sus descendientes residentes en el país, vale apuntar que entre las décadas de 1920 y 1950 el Gobierno de Paraguay motivó la venida de diversas oleadas migratorias de familias rusas, alemanas, japonesas, entre otras.

Gráfico I.2.
Paraguay. Distribución de comunidades indígenas. DGEEC, 2013



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEEC, 2012

* El Convenio 169 de la OIT establece que un pueblo es considerado indígena "por el hecho de descender de poblaciones que habitan en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en su época de conquista, de la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera sea su situación jurídica, conservan todas suspropias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas o parte de ellas".

Idioma

Paraguay es un país oficialmente bilingüe. De acuerdo a datos del Censo 2002, un 59% habla preponderantemente el guaraní en el hogar y un 36% el español. [1] (Gráfico I.3.).

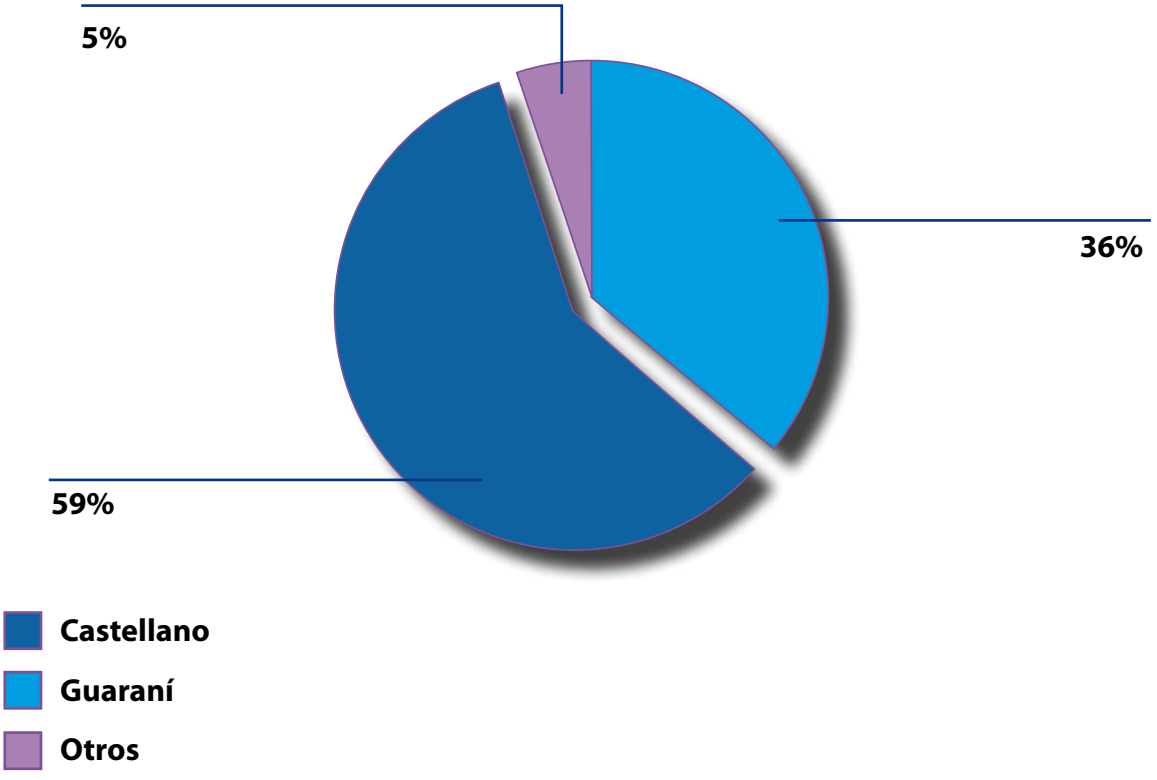
Un 8% habla sólo guaraní y un 4% sólo castellano. La mayor parte de la población entiende ambos idiomas y utiliza expresiones que los combina informalmente. Esta forma de expresarse se conoce como jopara.

Existen además 19 pueblos indígenas que se agrupan en cinco familias lingüísticas. [5]

En la frontera con el Brasil, habitada por numerosos migrantes e hijos de migrantes, el portugués es un idioma de uso común. En la zona este del país muchos pobladores paraguayos hispanohablantes e incluso guaraní-parlantes incorporan el portugués en su comunicación cotidiana.[5] De acuerdo a los resultados preliminares del censo 2012, existe un 5% de habitantes trilingües: hablan portugués, castellano y guaraní, y un 1% es bilingüe castellano-portugués. Por último, hay un 0,4% de habitantes bilingües guaraní-portugués.[6]

Gráfico I.3.

Paraguay. Idioma preponderante en el hogar



Fuente: DGEEC, 2002

Organización político-territorial

El nombre oficial del país es República del Paraguay y como tal, su forma de gobierno es la democracia representativa, participativa y pluralista, con división de poderes. La Constitución Nacional de 1992 define además al país como un Estado social de derecho, unitario, indivisible, y descentralizado. [7]

El Poder Ejecutivo es ejercido por el Presidente de la República, elegido por voto, para un mandato de cinco años, sin posibilidad de re-elección. En la misma chapa presidencial figura el Vicepresidente, quien tiene como función remplazar al Presidente con todas sus atribuciones, en caso de impedimento, ausencia temporal o vacancia definitiva de dicho cargo.

Existen en total 11 Ministerios y 19 Secretarías con rango ministerial, además de tres Gabinetes de apoyo y asesoramiento técnico-político. [8] (Gráfico I.4.)

El Poder Legislativo es ejercido por el Congreso, compuesto de una Cámara de Senadores de 45 miembros, y una Cámara de Diputados de 80 miembros. Tiene a su cargo dictar, modificar y derogar leyes, entre ellas la que define anualmente el Presupuesto General de la Nación. También aprueba o rechaza acuerdos internacionales y préstamos suscriptos por el Poder Ejecutivo, autoriza concesiones para la explotación de servicios públicos nacionales, multinacionales o de bienes del Estado, y tiene la potestad de llevar a juicio político y destituir a las máximas autoridades en caso de mal desempeño de sus funciones. [7]

Las elecciones para senadores y diputados titulares y suplentes se realizan en comicios simultáneos con las presidenciales y de gobernadores.

El Poder Judicial está a cargo de la administración de justicia y es ejercido por la Corte Suprema de Justicia, y por los tribunales y juzgados. Los nueve ministros de la Corte Suprema de Justicia son designados por el Senado y refrendados por el Presidente de la República.[7]

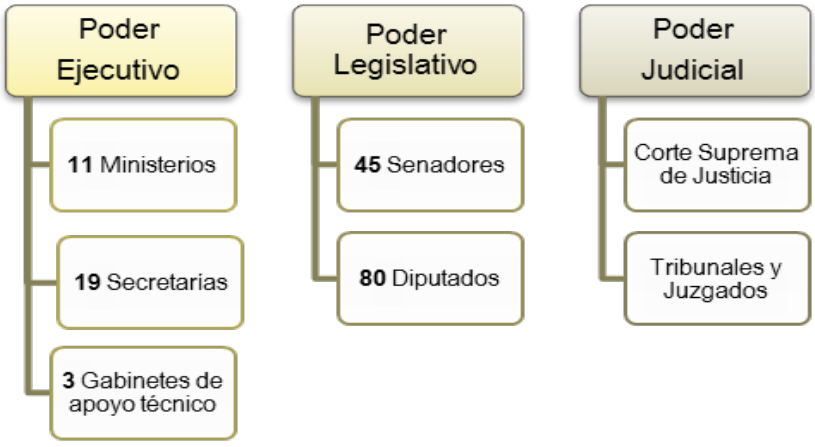
Desde el punto de vista político-administrativo, Paraguay se halla dividido en 17 Departamentos y 246 municipios , con autonomía política, administrativa y normativa para la gestión, y de autarquía en la recaudación e inversión de sus recursos. La ciudad capital, Asunción, es un municipio independiente y no integra ningún departamento.[7]

El gobierno de cada departamento es ejercido por un Gobernador y por una Junta Departamental, mientras que el de los municipios está a cargo de un Intendente y de una Junta Municipal, todos estos cargos electos en sufragio directo.[7]

Desde 1989 se han tenido cinco elecciones municipales y cinco elecciones generales. En el plano internacional, Paraguay es miembro fundador de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización de Estados Americanos (OEA), y el Mercado Común del Sur (Mercosur). También integra la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur).

Gráfico I.4.

Organización de Poderes en Paraguay. Noviembre, 2013



Estructura de edad de la población

Desde la segunda mitad del siglo XX, Paraguay quintuplicó su población. Pasó de 1.328.452 habitantes en 1950 a una proyección de 6.672.631 personas en el 2012. El 50,5% son hombres y 49,5%, mujeres. Desde la década de 1990 la tasa de crecimiento poblacional se redujo y actualmente está estimada en 1,7% anual, levemente superior al promedio de América Latina, que es del 1,1%. [1]

La esperanza de vida al nacer es de 70,7 años para hombres y 75 años para mujeres. [6]

La población del país es mayoritariamente joven. De acuerdo a las proyecciones poblacionales de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC), en el 2013, 4 de 10 habitantes era menor de 15 años, con diferencias en zonas rurales y urbanas (41,3%, frente a 33,9%). [9]

Por otra parte, aunque el grupo de mayores de 64 años mantiene un reducido peso, ha crecido muy lenta pero sostenidamente. De 3,7% en 1950 pasó a 4,9% en el 2002.[1] (Gráfico I.5. y Tabla I.1.)

Tabla I.1.

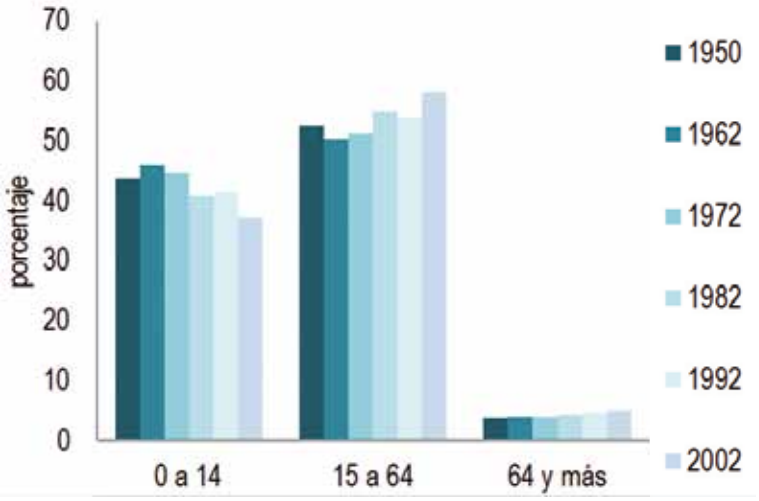
Paraguay. Porcentaje de población según grupos de edades y periodos censales

Grupo de edad	1950	1962	1972	1982	1992	2002
Total						
0 a 14	43,8	45,9	44,7	40,8	41,5	37,1
15 a 64	52,5	50,2	51,2	54,9	53,9	58
64 y más	3,7	3,9	44,3	4,6	4,9	
Urbana						
0 a 14	38,9	40,9	38,5	34,5	37,1	33,9
15 a 64	57,5	54,8	56,8	60,6	58	61,2
64 y más	3,6	4,3	4,7	4,9	4,9	4,9
Rural						
0 a 14	46,4	48,7	48,5	45,5	46	41,3
15 a 64	50	47,7	47,9	50,7	49,7	53,8
64 y más	3,6	3,7	3,7	3,8	4,2	4,9

Fuente: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas, 1950, 1962, 1972, 1982, 1992, 2002.

Gráfico I.5.

Paraguay. Porcentaje de población según grupos de edades. 1950-2002



Fuente: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas, 1950, 1962, 1972, 1982, 1992, 2002.

Existen importantes diferencias en el perfil demográfico entre los departamentos. Por ejemplo, Ñeembucú tiene la peculiaridad de contar con un porcentaje de población adulta mayor que supera a su población de niños y niñas menores de cinco años. Para el 2012, la población estimada de mayores de 60 años alcanzaba el 13%, mientras que la población de menores de cinco años era de solo el 9%. [9]

En general, en todos los departamentos se ha notado un progresivo aumento de la proporción de adultos mayores, mientras que el peso de la población de menores de cinco años presenta una tendencia a disminuir con los años. [9] Esta tendencia está directamente asociada al número de hijos por mujer. La tasa de fecundidad en Paraguay ha decrecido de 3,1 hijos por mujer en el 2007 a 2,9 hijos por mujer en el 2011.[6] Se mantiene aún un poco por encima de la tasa de fecundidad a nivel mundial, que ronda los 2,4 hijos por mujer. [10]

Las pirámides de población ayudan a identificar el impacto de variables demográficas, tales como fecundidad, mortalidad y migración.

Conocer las características demográficas y sus particularidades regionales se hace importante ya que la edad está claramente asociada a la presencia de ECNT. En poblaciones más envejecidas, la prevalencia de estas patologías es más elevada.

En las regiones del mundo de ingresos altos la tasa de fecundidad promedio es de 1,8 hijos por mujer. En las regiones de ingresos bajos, es de 4 hijos por mujer. (OMS, 2013)

Urbanización y dinámicas territoriales

El entorno urbano es un factor que condiciona estilos de vida que pueden desencadenar en factores de riesgo para las ECNT. En la ciudad son más comunes los empleos sedentarios, el consumo de alimentos procesados y la percepción de que caminar es inseguro debido al tráfico, la delincuencia y la falta de espacios para los peatones. [11]

Paraguay presenta una urbanización tardía en relación con otros países de la región.[12]

El paso de población mayoritariamente rural a urbana se da en la década de los '90, tal como se observa en el Gráfico I.6. Los factores que determinan este crecimiento son principalmente las migraciones del campo a la ciudad. [13]

En el 2010, el porcentaje de población urbana en Paraguay era del 58,9%, bastante más bajo que en los países vecinos , considerando que la población urbana en Argentina llegaba al 92%, en el Brasil al 87%, y en Bolivia al 67%.[9]

En números absolutos, la población urbana en Paraguay ascendía en el 2010 a 3.932.915, con una leve predominancia de mujeres (51,1%) frente a los hombres (48,9%).[9]

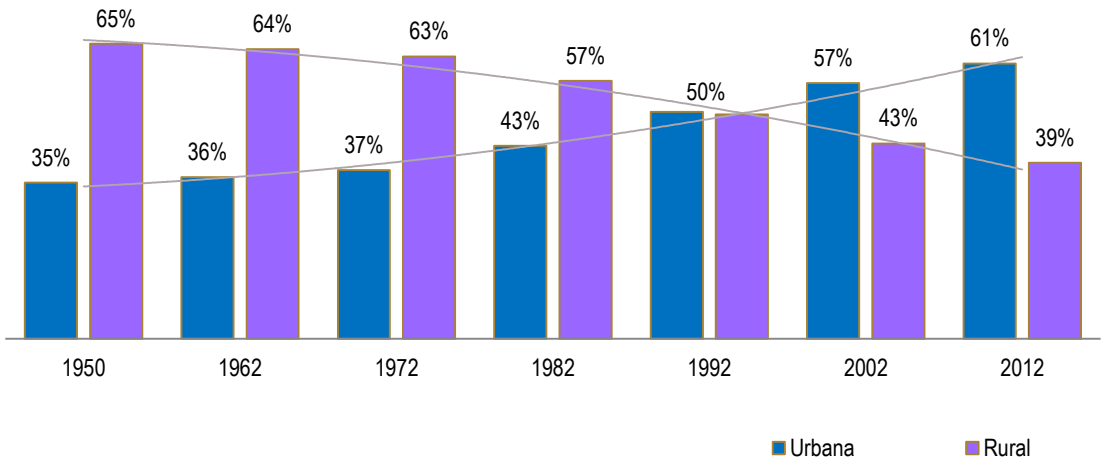
Las dinámicas de crecimiento urbano en Paraguay tienen una evolución azarosa, poco planificada y a veces hasta anárquica.[14]

El Área Metropolitana de Asunción o Gran Asunción –integrada por la ciudad capital y sus 9 ciudades vecinas en el Departamento Central- ha sido naturalmente un polo de atracción para la migración interna y concentra actualmente más de una tercera parte la población del país en menos del 1% del territorio, con una densidad poblacional de 2.661 habitantes/km^2. El crecimiento urbano se ha dado sin criterio urbanístico, con insuficientes vías de acceso y espacios verdes en las ciudades. Además de Central, Alto Paraná y Canindeyú han sido los departamentos que más crecieron en las últimas dos décadas. [15] (Gráfico I.7.)

Polos tradicionales de núcleos urbanos son Ciudad del Este (en Alto Paraná) y Encarnación (Itapúa), que en la década de 1960 enfrentaron notables crecimientos poblacionales. Alto porcentaje de la

Gráfico I.6.

Paraguay. Evolución de la población urbana y rural

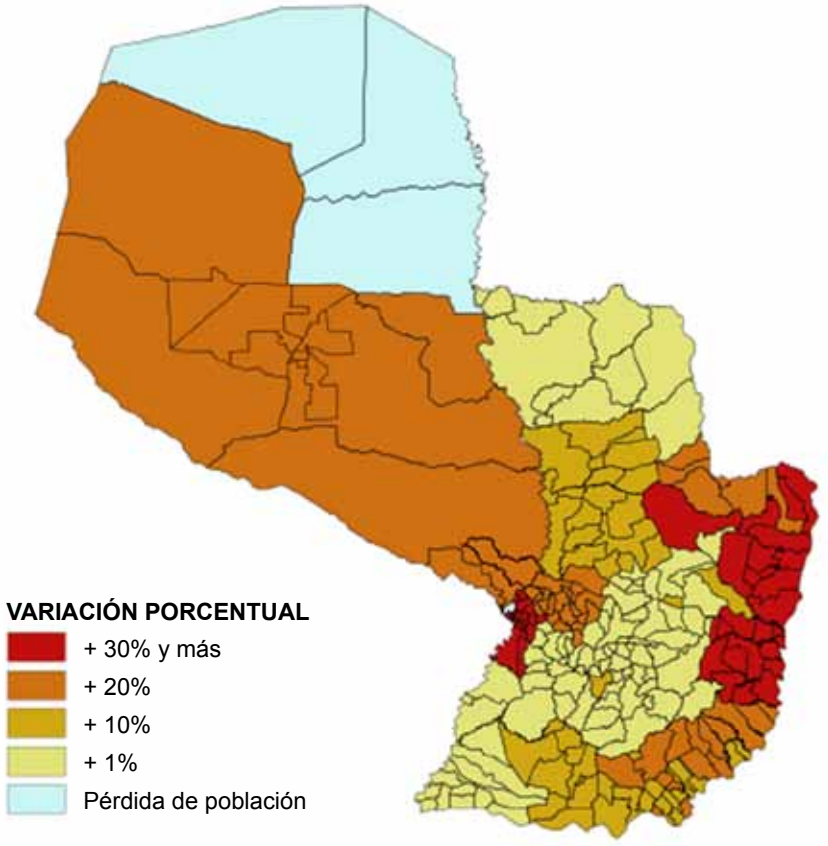


Fuente: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas.
Años 1950/1962/1972/1982/1992/2002. Proyección 2012

Es importante tener en cuenta que el área urbana se define administrativamente en Paraguay como toda cabecera de distrito creado oficialmente por las leyes de división política del territorio y que tenga delimitadas manzanas de cuatro cuadras lateralizadas por calles en ángulo recto. No se considera el número de habitantes, la densidad población o la existencia de determinados servicios. Es así, que cabeceras distritales de muy pequeña población (incluso menos de 500 habitantes), figuran igualmente como zonas urbanas (Oddone, 2012)

Gráfico I.7.

Paraguay. Evolución de la población en la década 2002 - 2012, por distrito



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DGEEC. 2012

población de estas ciudades son migrantes que había nacido en localidades distintas a la de su residencia, particularmente mujeres atraídas por las mejores posibilidades de empleo en las ciudades. [16] Por lo general, las mujeres migrantes de las primeras décadas tenían muy escaso nivel educativo, por lo que eran incorporadas en puestos de bajos salarios: algunas en el sector comercio, muy pocas en el industrial y, en mayor proporción, en el trabajo doméstico. [17]

En el 2002, el 41% de la población urbana en las 10 ciudades más urbanizadas del Gran Asunción provenía de otro departamento. En muchos casos esta atracción del campo a la ciudad, en lugar de mejorar las condiciones de vida, agudiza la inequidad entre áreas rurales y urbanas, y dentro de las ciudades, entre ricos y pobres. Con la insuficiente oferta de empleos en el sector del comercio y el servicio, y la mínima industrialización capaz de absorber mano de obra, crece la informalidad, y con ella la desocupación y la marginalidad. El crecimiento económico que registró el país en los últimos años casi no ha aumentado la oferta de empleo ya que se ha focalizado en sectores de concentración de tierras y uso intensivo del capital, sin impactar en el mejoramiento de la industria, la comercialización o el consumo doméstico.[13]

Un estudio de la Unicef sobre la situación de niños y niñas urbanos en Paraguay plantea que "la alta concentración y el origen migratorio en esta área, dan lugar a la proliferación de barriadas marginales, particularmente en zonas bajas y bañados de la capital, donde se concentran las familias más pobres, con mayor número de hijos, muchas de las cuales habitan generalmente en viviendas precarias, sufren subempleo o informalidad laboral y carecen de servicios básicos".[18]

Esta marginalización urbana tiene sus causas en el ámbito rural, donde el uso de la tierra se caracteriza por el aprovechamiento no sustentable de los recur-

sos naturales, deforestaciones masivas y explotación irracional de bosques, degradación general de suelos y monocultivos extensivos.[19]

El modelo de producción que se inició entre los '80 y '90 motivado por la migración brasileña y basado el cultivo extensivo y mecanizado de soja ha provocado que una gran cantidad de pequeños productores y sus familias se vieran forzados a vender sus parcelas o sus derechos sobre las mismas y a emigrar al exterior o al área urbana.[13]

Este modelo reemplazó en muchos lugares a la tradicional sociedad rural que predominó hasta mediados de los años sesenta con dos estilos productivos: una economía extractiva bajo dominio de grandes ganaderos y madereros latifundistas y una agricultura campesina minifundista, con parcelas menores a 20 hectáreas. Desde la década de 1990, se observa una notoria brecha de ingresos entre los productores empresariales mecanizados y los campesinos tradicionales. [13]

Desde mediados de la década de 1990 se observa también el crecimiento de ciertas ciudades intermedias o agrociudades en Canindeyú, Alto Paraná e Itapúa, que surgen como respuesta una necesidad logística y de servicios para los actores de la agricultura empresarial. [13]

Pobreza

En Paraguay, la pobreza medida como ingreso promedio de la familia, evidenció una leve tendencia a la reducción en los últimos años, considerando que ha disminuido de un 35,1% en el 2009 a 32,4% en el año 2011; aunque persiste la diferencia sustancial por áreas, ya que la pobreza rural supera en porcentaje a la urbana, 44,8% versus 23,9%, respectivamente. [19] (Gráfico I.8.)

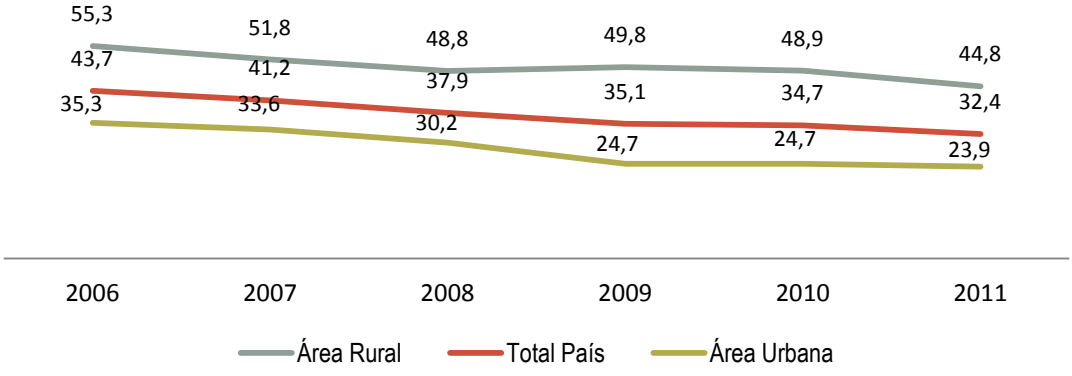
La pobreza es un problema complejo y multidimensional que se relaciona no solamente con el ingreso familiar sino también con la falta de acceso a bienes y servicios, exclusión, marginación y desvinculación social. Es una síntesis de vulneración de derechos. Desde una concepción de políticas públicas es importante entenderla no como una condición, sino como una situación transitoria que puede ser superada.[20]

Su vínculo con las ECNT es el de un círculo vicioso. La pobreza expone a las personas a factores de riesgo y, a su vez, las enfermedades no transmisibles resultantes tienden a agravar la espiral que lleva a la pobreza.[21]

En el mundo, al menos una cuarta parte de las muertes por ECNT ocurren en población económicamente activa, lo cual implica un tremendo costo social en cuanto a pérdida de productividad que al final podría derivar en un círculo vicioso de mala salud, pobreza y estancamiento económico. [22]

Gráfico I.8.

Paraguay. Porcentaje de población debajo de la línea de pobreza, según área de residencia. 2006-2011



Fuente: DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2006 a 2011.

A nivel macro, simulaciones económicas estiman que las ECNT en dos décadas representarán para la economía mundial una pérdida acumulada de más de 30 billones de dólares, sumando tanto los costos directos (atención de la salud) como los indirectos (pérdidas en la productividad a consecuencia de muertes y discapacidad).[22]

A nivel micro, existen estudios que demuestran que las personas de menos ingresos están más expuestas a los factores de riesgo porque tienen dietas menos saludables, fuman más, tienen más barreras para la práctica de actividad física y son más vulnerables a la publicidad de consumo de tabaco y bebidas alcohólicas.[22]

Asimismo, el tratamiento de ECNT como el cáncer y las enfermedades renales crónicas -cuando no es asumido por el Estado- genera gastos catastróficos para las familias, que las empujan a la pobreza. Los tratamientos para la diabetes y la hipertensión también deben ser costeados por el propio bolsillo y representan porcentualmente mayor gasto para las personas pobres.[22]

La asociación entre pobreza y las Enfermedades No Transmisibles es circular

Estructura económica

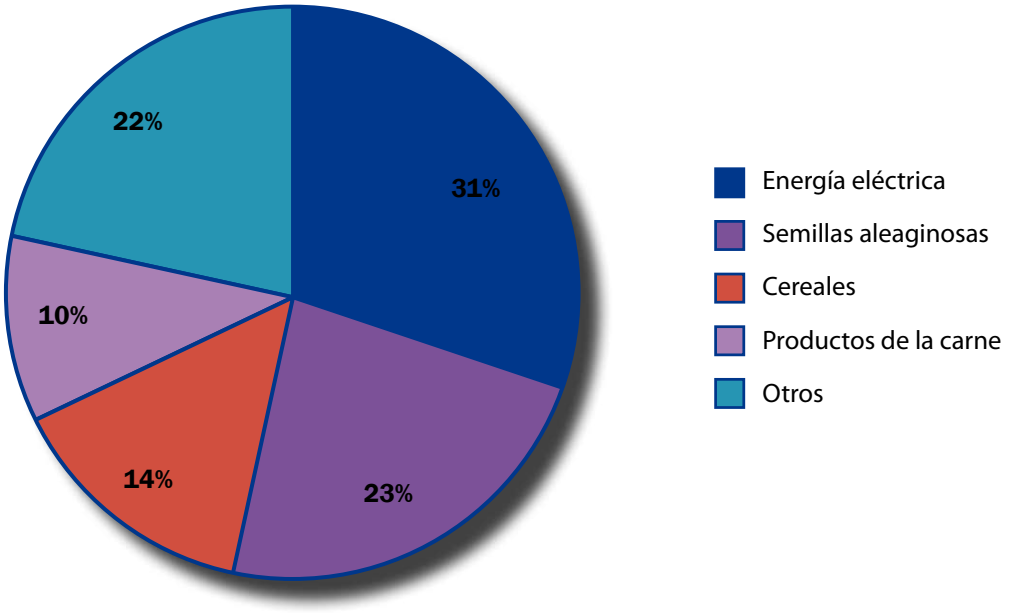
Para entender la pobreza en Paraguay resulta pertinente revisar factores macro y micro de la economía local.

El 2012 cerró con una inflación de 4,0% (inferior a la registrada en el año anterior que fue del 4,9%) y una caída del Producto Interno Bruto (PIB) en un -1,2%, después de varios años de moderado crecimiento. La reducción fue atribuida por los especialistas al declive en la actividad agrícola por factores climáticos. El sector primario en general registró una caída del -20%. [23]

La energía eléctrica (30,6%);semillas oleaginosas (22,9%); cereales (14,3%) y productos de la carne (10,4%) representaron el 78,3% de las exportaciones en el 2012. Los mercados externos más importantes fueron el MERCOSUR (48,7%), Rusia (9,7%) y Alemania (6,0%). (Gráfico I.9.)

Gráfico I.9.

Paraguay. Principales rubros de exportación



Fuente: STP. 2013

• Actividad agrícola

La economía paraguaya mantiene un modelo histórico que se sustenta básicamente en la producción y exportación agrícola y ganadera, aportando ambas el27% del PIB, tal como se observa en la Tabla I.2. [13]

La característica de este tipo de economía basada en la agro exportación de materia prima es su vulnerabilidad ante los factores climáticos, tales como sequía, heladas o incendios forestales. Otro factor de riesgo es la gran dependencia de los precios internacionales. Es el caso del algodón, rubro históricamente estratégico para la pequeña agricultura, que en los últimos años ha venido siendo desplazado debido a los bajos precios en el mercado internacional. Remplazando al cultivo del algodón, para la pequeña agricultura aparece el sésamo como rubro de exportación hacia mercados de Europa y Asia.[13]

La expansión de los cultivos mecanizados –especialmente de la soja– se incrementó desde la década del 1990. Sus consecuencias sociales han sido materia de muchos estudios en el país, donde se resalta su relación con la migración de la pequeña agricultura, la concentración de ingresos, la desocupación, la pobreza, la destrucción de los recursos naturales y los conflictos entre los grandes productores y los campesinos empobrecidos.

En contraposición, la familia campesina es minifundista. Tiene en promedio menos de 10 hectáreas. Considerando los 16 rubros más importantes de la agricultura (soja, maíz, algodón, mandioca, trigo, poroto, caña de azúcar, maní, girasol, arroz, tabaco, sésamo, tártago, canola, stevia y yerba mate), en el 2011 se cosechó alrededor de 15,5 millones de toneladas de productos diversos provenientes de la agricultura tradicional.

Otra cadena de valor productiva importante de mencionar es la motivada por la empresa exportadora de jugo envasado ubicada en Itapúa, que se surte de materia prima de varios departamentos. [13]

• Cultivo del tabaco

En un análisis de factores de riesgo de enfermedades crónicas es necesario conocer el peso que tiene el cultivo del tabaco como rubro agrícola del país. En el caso de Paraguay, el tabaco efectivamente es un rubro tradicional que se cultiva desde la época colonial.

Tabla I.2.

Paraguay. Composición del PIB por sector económico

Sectores	1992/2001	2002/2011
Primario	22%	27%
Agricultura	14%	19%
Ganadería	5%	6%
Otros primarios	2%	2%
Secundario	22%	19%
Industria	16%	13%
Construcción	5%	4%
Electricidad y agua	2%	2%
Terciario	47%	47%
Comercio	20%	18%
Comunicaciones	3%	4%
Gobierno	7%	7%
Otros servicios	18%	17%

Fuente: Servín M. El modelo productivo de Paraguay. CADEP, 2012. Con datos del BCP.

Desde fines de la década de 1990 la actividad recobró impulso a través de la acción de las empresas Tabacalera del Este S.A. y Compañía Agrotabacalera del Paraguay SA, que introdujeron el cultivo de tabaco Virginia mediante un programa experimental que comprendió un grupo inicial de siete productores en un predio de 15 hectáreas. [24]

Las empresas tabacaleras facilitan a los agricultores, insumos, plantines, asistencia técnica, además de garantizarle el mercado. Se dedican al rubro unas 3.000 familias, especialmente de la zona de San Pedro. 34 Según la Unión de Tabacaleros del Paraguay (UTP), en el año 2010 las empresas tabacaleras pagaron un total de 80 millones de dólares en conceptos tributarios (Impuesto Selectivo al Consumo, Impuesto al Valor Agregado (IVA), Renta, y el IRACIS). [19]

• Sector de Servicios, Comercio y Finanzas

Así como el sector primario es el principal responsable de las exportaciones, el sector terciario (servicios públicos, comercio y las finanzas) es el principal generador de fuentes de empleo en el país.

Edulcorante natural conocido localmente con su nombre en guaraní ka'a he'e

El 57% de la población trabaja en este sector de la economía. Le sigue el primario (agricultura, ganadería) con el 27% y el sector secundario (industrial) con el 16%. [25]

En la zona urbana, el 86% de las mujeres y el 69% de los hombres trabajan en el sector terciario. En el campo, el 56% de las mujeres y el 64% de los hombres trabajan en sector primario.[25]

• Empleo y desempleo

En Asunción y áreas urbanas del Departamento Central, de cada 10 ocupados, incluyendo al empleo doméstico, 7 son asalariados o dependientes.[24] Este dato puede resultar de interés en el momento de plantear alianzas con el sector privado dentro de las estrategias posibles para el control y prevención de las ECNT.

En el primer trimestre del año 2012, la distribución de los ocupados según el tamaño de la empresa revela la predominancia de las pequeñas empresas (41,5%). (Gráfico I.10.) Estas contienen a las unipersonales (17,3%) y a las que ocupan de 2 a 5 personas (24,2%). El peso relativo de las pequeñas empresas registró una significativa disminución en los últimos tres años, ya que en el año 2010 era del orden del 47,7%.[24]

En contrapartida, el peso de las empresas más grandes (51 y más personas) como empleadores de mano de obra registró importantes incrementos (Año 2010: 17,9%, Año 2011: 19,2%, Año 2012: 22,3%).[24]

Se evidencia una inequidad en el promedio de ingresos mensuales, comparando hombres y mujeres. Tanto en zona urbana como rural, el ingreso promedio de las mujeres es casi una tercio más bajo que el de los varones.

• Presión tributaria

Desde hace años, a nivel mundial se discuten mecanismos de financiación del sector salud, a través de impuestos sobre productos riesgosos, como el tabaco.

La presión tributaria en Paraguay es la más baja en América Latina. En los últimos 3 años se mantuvo relativamente constante, alrededor del 13%, mientras que en otros países de la región llega al 30%. El sistema impositivo se sostiene principalmente en el Impuesto al Valor Agregado (IVA), que representa el 53% del total de los ingresos tributarios. [26]

Gráfico I.10.

Paraguay. Porcentaje de ocupados según tamaño de la empresa. (EPH 2012)

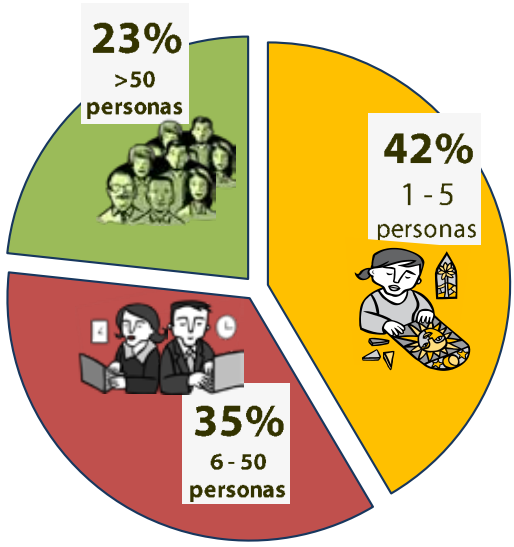
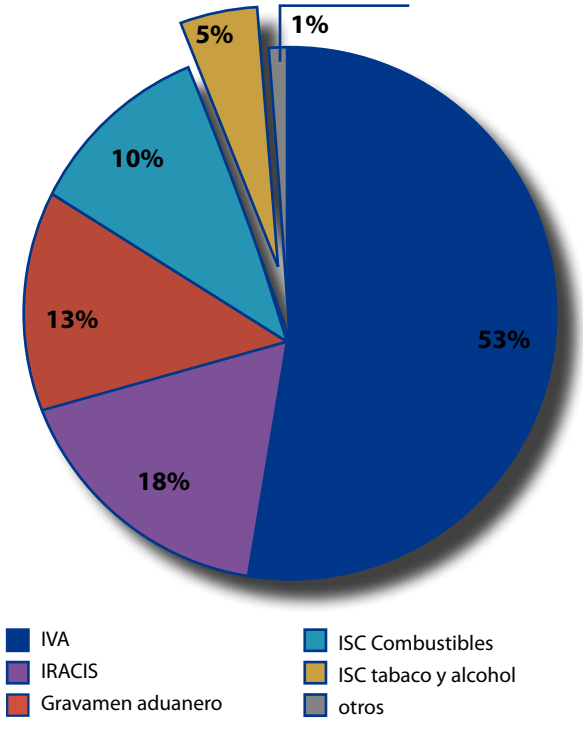


Gráfico I.11.

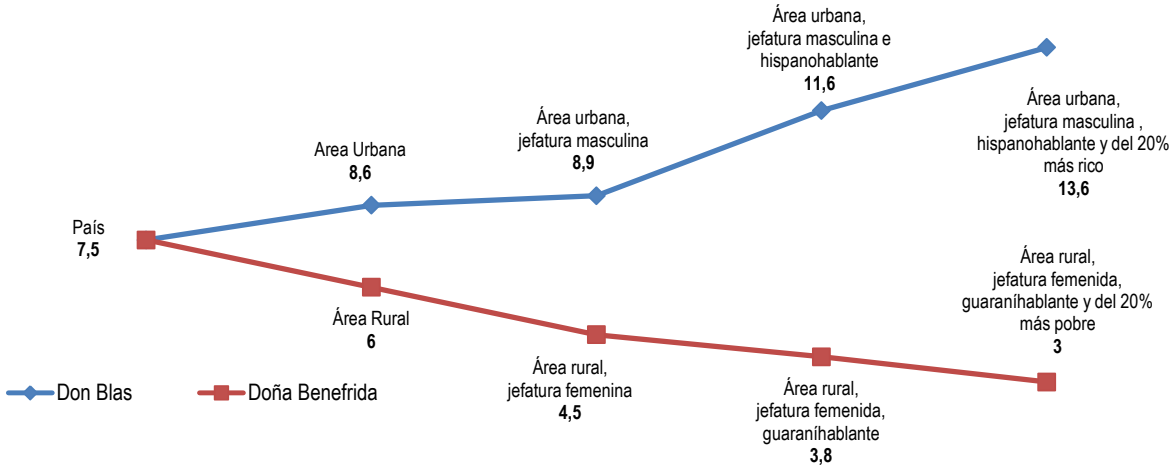
Paraguay. Recaudación por tipo de impuesto



Fuente: Propuesta sobre Justicia Tributaria. Decidamos, 2012. Con datos del BCP.

Gráfico I.12.

Paraguay. Años de estudio de la jefatura de hogar (valores promedio por conjunto de características)



Fuente: (PNUD 2008) Datos de EPH 2007

Otras fuentes de ingreso tributarias son el impuesto a la renta de la empresas (IRACIS) (18%), el impuesto al comercio exterior gravamen aduanero (13,4%) y el impuesto selectivo al consumo (ISC) –compuesto por el impuesto a los combustible (9,9%) y los impuestos al tabaco, bebidas alcohólicas y artículos de lujo (4,7%). Además, existen otros impuestos de menor importancia y de bajo rendimiento, como el impuesto a la renta del pequeño contribuyente (IRPC) y un impuesto a la renta para actividades agropecuarias (IMAGRO) (0,3%). [27] (Gráfico I.11.)

• Nivel educativo

La reforma educativa implementada en la década de los '90 permitió expandir la oferta y ampliar la Educación Escolar Básica (EEB) obligatoria y gratuita hasta el noveno grado escolar, para niños y niñas de 6 a 14 años de edad. El segundo ciclo de educación secundaria comprende tres años de estudio adicionales y corresponde al bachillerato científico o técnico.

Con la reforma, el promedio de años de estudio de la población de 15 años pasó de 7,1 en el 2000 a 8,2 en el 2010. No obstante, las inequidades son muy notorias. El Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2008 [28], del PNUD, presenta un retrato de las desigualdades en Paraguay con dos personajes ilustrativos –doña Benefrida y don Blas- que dependiendo de su zona de residencia, su sexo, el idioma más hablado y su nivel socioeconómico presentan injustas diferencias.

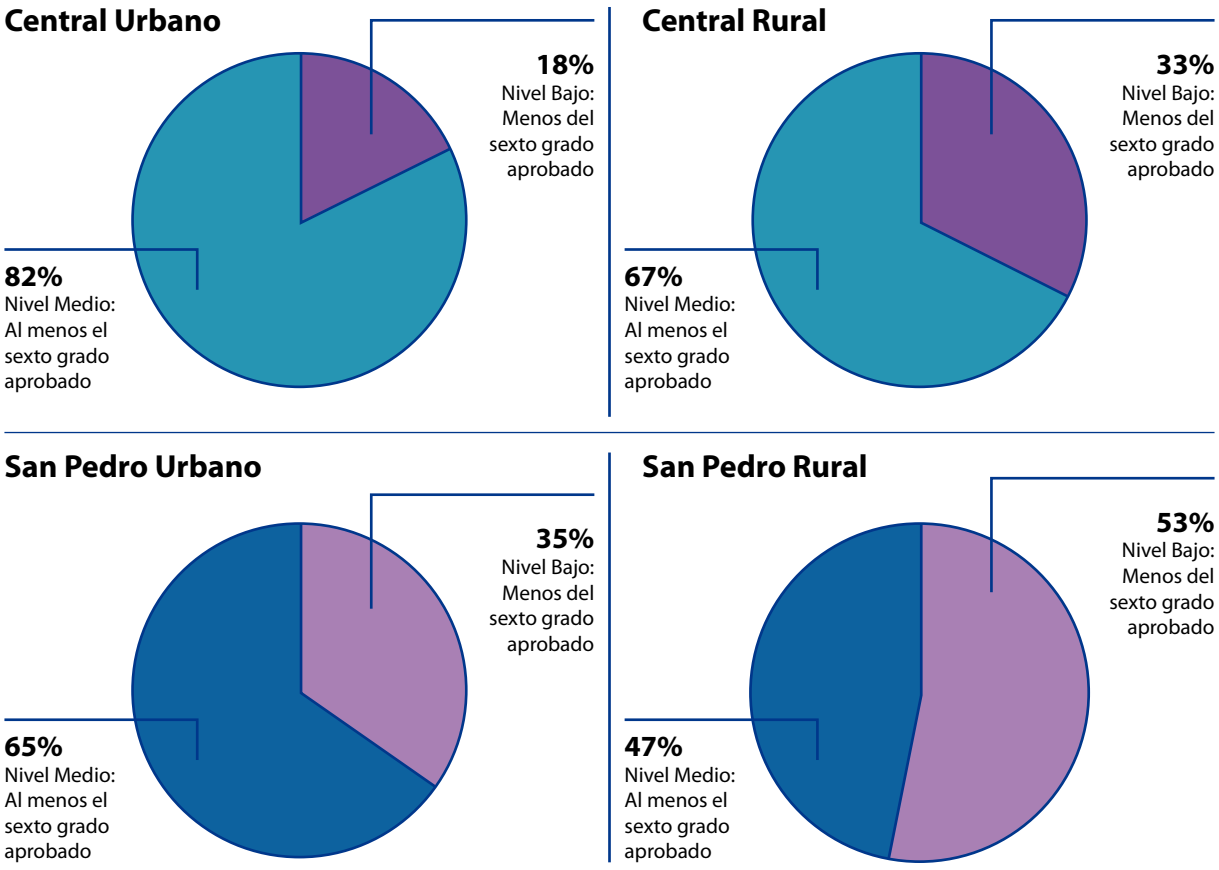
Por ejemplo, don Blas, un varón, del área urbana, hispanohablante y perteneciente al 20% más rico de la población tendría en promedio 13,6 años de estudio. En comparación, doña Benefrida, del área rural, guaraní hablante y del 20% más pobre de la población, tendría apenas 3 años de estudio. (Gráfico I.12.)

A nivel nacional, la tasa de deserción de la enseñanza sigue siendo preocupante. Sólo 3 de cada 10 estudiantes que ingresaron en el primer grado en 1999 completaron los 12 años de la educación formal en 2010. [29]

En el 2012, un 10,4% de los niños, niñas y adolescentes de entre 6 a 17 años de la zona rural y 6,5% de la zona urbana, no asistía a ninguna institución de enseñanza. En la población de 15 a 17 años, que debería estar en la educación media, predomina como causa la "falta de recursos". La segunda razón más citada era "no quiere estudiar". En el periodo de 1990-2010 la tasa bruta de escolarización se ha incrementado en el preescolar en 55 puntos (27% a 82% a nivel nacional), la Educación Escolar Básica (EEB) 3º ciclo en 40 puntos (39% a 79%) y en la educación media 34% (22% a 56%).[30]

Gráfico I.13.

Nivel de Instrucción de las mujeres en edad fértil de Central y San Pedro.



Fuente: (PNUD 2008) Datos de EPH 2007

Se observan desigualdades en el nivel de escolarización según zona de residencia, ingresos e idioma principal. El promedio de años de estudio en la población mayor de 10 años en la zona urbana es de 10,3 años y en la zona rural de 6,2 años. La población indígena enfrenta grandes brechas respecto al promedio nacional. En promedio, esta población cursó solo los 3 primeros años en la escuela.[24.30]

Las pruebas nacionales del Sistema Nacional de Evaluación del Proceso Educativo (SNEPE, 1999 a 2010) denotan bajos rendimientos que se mantienen con los años. Más de la mitad de estudiantes del 3º grado no aprueba las competencias básicas de matemáticas, 4 de cada 10 no alcanza a comprender lo que lee en un texto y 6 de cada 10 tiene dificultades de ortografía y gramática para escribir un texto. [30]

• Género

El género está considerado como un determinante estructural de la salud debido a la influencia fundamental que tiene en el establecimiento de jerarquías en la división del trabajo, la asignación de recursos y la distribución de beneficios. La división de las funciones según el sexo y el valor diferencial asignado a esas funciones se traducen en asimetrías sistemáticas en el acceso y control de recursos de protección social fundamentales como la educación, el empleo, los servicios de salud y la seguridad social. También las mujeres soportan la mayor carga del cuidado de enfermos.

En Paraguay, la tasa de analfabetismo de las mujeres de 15 años y más de edad (5,6) es superior a la expe-

rimentada por los hombres (3,8). Además, existe una marcada diferencia en el nivel de instrucción de las mujeres en edad de ser madres, según residan estas, en zona urbana o rural. Por ejemplo, en el 2011, el 53% de las mujeres de zona rural del departamento de San Pedro y el 35% en zona urbana no terminaron el sexto grado.[32] (Gráfico I.13.)

Este, además de ser un indicador de vulnerabilización de derechos también contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza, ya que la educación de la madre repercute directamente en la salud del niño y niña. Como ya se mencionó anteriormente, existe evidencia de que la malnutrición prenatal y el bajo peso al nacer predisponen al niño o niña a la obesidad, a la presión arterial alta, las enfermedades cardiacas y la diabetes en el futuro.

• Geografía y ambiente

El mapa físico de Paraguay no impone obstáculos importantes para el desplazamiento, ya que el país no tiene montañas ni cordilleras de gran altura. No obstante, existe un importante número ríos y arroyos, que expone a ciertas poblaciones al riesgo de inundaciones o corte de acceso por desborde.

La Región Occidental constituye en su conjunto un ecosistema de fragilidad extrema, en donde las alteraciones del mismo, mediante la deforestación masiva, introducción e implantación de pasturas y cultivos forrajeros asociados, ganado bovino, quema irracional, represamiento de cursos de agua que ocasionan procesos incipientes de salinización, laboreo de suelos salinos y la presencia eventos como las inundaciones y sequías prolongadas, pueden llevar a una rápida disminución y pérdida de calidad del ambiente, dando inicio a procesos de desertificación. [33]

Sin embargo, en la Región Oriental dadas las condiciones climáticas reinantes, no se encuentra como área de riesgo a desertificarse, pero sí se encuentra sujeta a procesos de degradación de sus recursos naturales, como los hídricos y sobre todo el suelo. [27]

En la Región Oriental la superficie cubierta por bosques disminuyó de aproximadamente de 8.000.000 has. a 1.800.000 has. entre la década de 1940 al 1970, aumentando considerablemente las extensiones de rubros agropecuarios (soja, trigo y pasturas para producción ganadera). El cultivo de soja y trigo generaron también un aumento importante en el uso de agroquímicos. [27]

• Calidad del aire

Con respecto a la calidad del aire, Paraguay tiene uno de los aires más contaminados de Latinoamérica si se considera el nivel del indicador de partículas suspendidas respirables (PM10). [34]

Las concentraciones de macropartículas se refieren a los finos sólidos suspendidos de menos de 10 micrones de diámetro (PM10) capaces de penetrar en las vías respiratorias y de causar un gran daño a la salud. [34]

Tabla I.3.

Número de automotores por 1.000 habitantes. Año 2010

	Automotores	Vehículos de pasajeros
Paraguay	54	28
Bolivia	68	18
Ecuador	71	41
Perú	73	44
América Latina	183	142
Chile	184	127
Uruguay	200	179
Brasil	209	178

Fuente: Banco Mundial, 2013. Indicadores de Desarrollo Mundial

De acuerdo a datos del Banco Mundial en Paraguay la población urbana está expuesta a 64 microgramos por metro cúbico, más del triple que el promedio de Latinoamérica y Caribe, que es de 27 microgramos por metro cúbico. (Gráfico I.14.) Las estimaciones representan el nivel de exposición anual promedio a macropartículas al aire libre al que está sujeto el residente urbano medio. La situación tecnológica y de control de la polución de un país es un factor importante que determina las concentraciones de macropartículas. [36]

• Infraestructuras viales y parque automotor

Paraguay adolece de problemas de articulación territorial interna. Sólo el 15% del total de sus caminos están pavimentados. En general, las ciudades se han ido desarrollando en forma lineal sobre las rutas asfaltadas, dejando a las áreas rurales remotas, con bajos niveles de conectividad y baja capacidad de valoración de recursos, enfrentando el despoblamiento y pérdida de oportunidades. (Gráfico I.15)

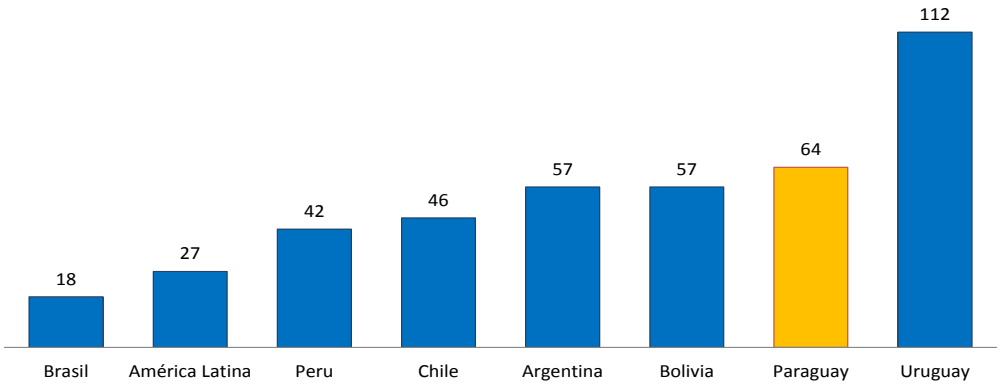
La moto es el vehículo preferido por los hogares. Un 3 de cada 5 familias (61,2%) tienen una moto en la zona rural y solo 2 de cada 5 familiares (42,4%) en zona urbana. En tanto que un 13% en área rural y 37% en la ciudad, tienen automóvil.[12]

En comparación con otros países de Latinoamérica, Paraguay tiene menos vehículos automotores. Mientras la media en la región es de 183 vehículos por 1.000 habitantes, en Paraguay se registran 54 por 1.000. También es uno de los países con menor cantidad de unidades de transportes públicos en proporción a su población. [35] (Tabla I.3.)

Comparando los datos de polución ambiental antes citada con el número de vehículos motores existentes, se deduce que están en circulación transportes en peores condiciones técnicas que en otros países, lo que explicaría las mayores cifras de contaminación que expone a la población urbana a riesgos adicionales de afecciones respiratorias y cáncer.

Gráfico I.14.

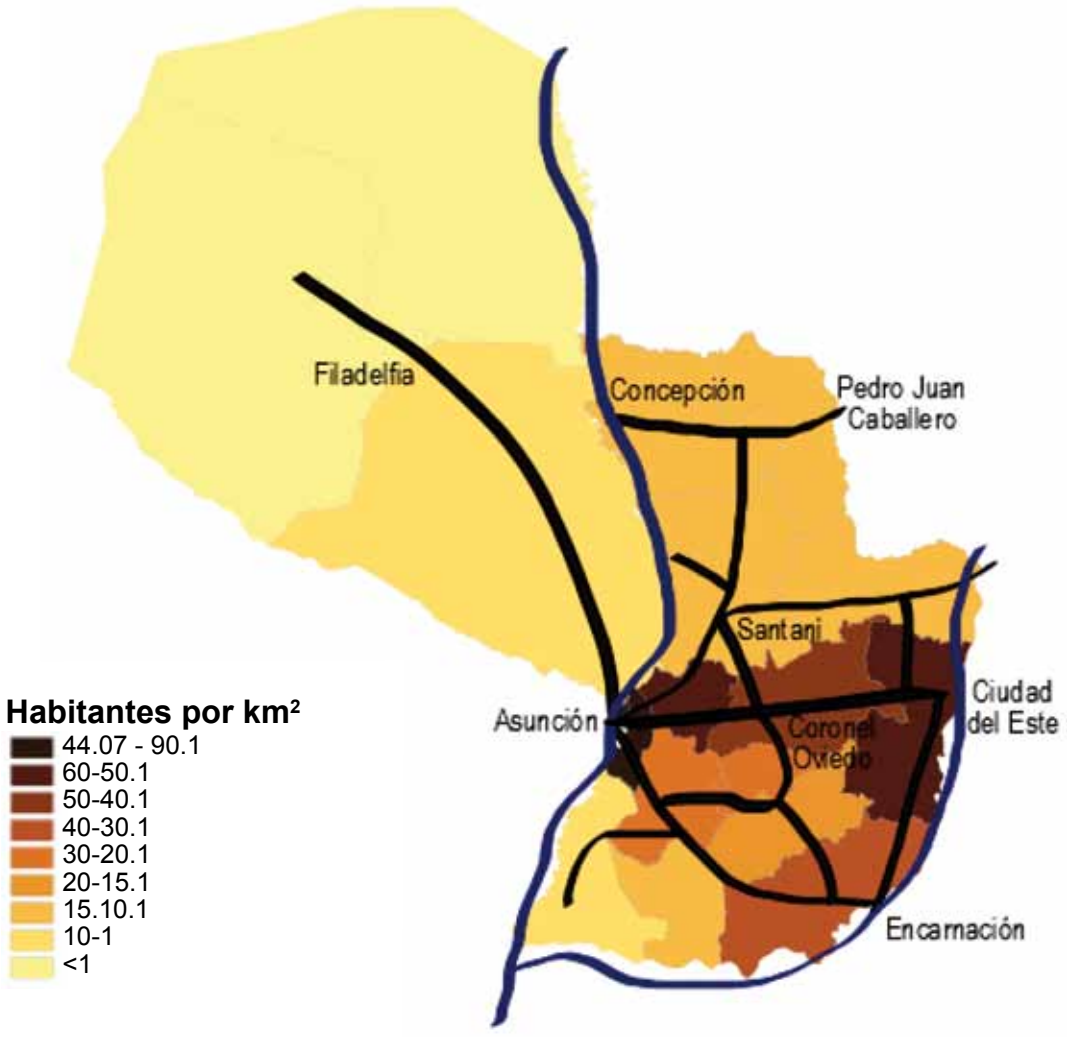
Contaminación del aire urbano. Año 2010
Microgramos de partículas suspendidas respirables (PM10) por metro cúbico.



Fuente: Banco Mundial, 2013. Indicadores de Desarrollo Mundial

Gráfico I.15.

Paraguay. Esquema de principales rutas pavimentadas y vías fluviales



Fuente: Banco Mundial, 2013. Indicadores de Desarrollo Mundial

Acceso a bienes de consumo y servicios públicos

Hay más familias en Paraguay con televisor que con heladera. Las decisiones que las personas toman sobre su vida, los tipos de bienes que consumen, el tipo de alimentación que prefiere y los hábitos cotidianos influyen sobre la salud. Anteriormente se considera a los estilos de vida como opciones individuales de las personas, pero cada vez más se discute sobre el rol de los factores externos como las oportunidades de educación, la moda, la publicidad y las barreras económicas, y se cuestiona hasta qué punto las personas tienen verdadero control sobre estas elecciones. El Estado juega un papel central para hacer fáciles las elecciones sanas.

El acceso al agua segura y saneamiento es uno de los determinantes de la salud de mayor impacto. En Paraguay, el 10,9% de los hogares en la zona urbana y 35,7% en la zona rural aún utilizan los pozos tradicionales como forma de abastecerse de agua, de acuerdo a datos la Encuesta Permanente de Hogares del 2012. [12]

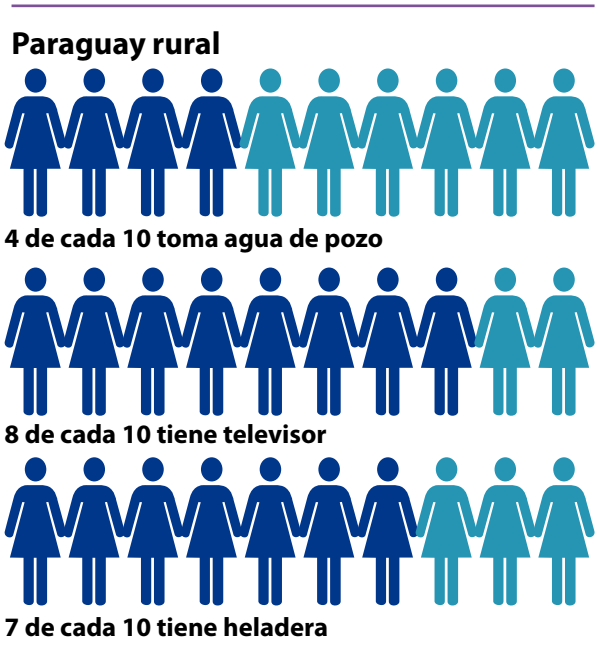
En la última década ha aumentado el acceso a energía eléctrica, llegando en el 2012 casi a la totalidad (99,6%) de los hogares del área urbana. No obstante un 4,9% del área rural carecen de este bien esencial. [12]

Al servicio de recolección de basura sólo acceden el 66,2% de los hogares urbanos y el 3,7% en zona rural. La forma más común de disposición final de basura domiciliaria en áreas rurales es la quema (85,7%), técnica que también utilizan un 28,1% de los hogares urbanos. [12]

Los combustibles más usados para cocinar en la zona rural (70,7% de los hogares) son productos orgánicos como la leña y el carbón, cuyo uso ha sido asociado internacionalmente a mayor contaminación de ambientes domésticos y una mayor incidencia de enfermedades respiratorias y eventos cardiovasculares tanto en niños como adultos. [36]

Los tipos de electrodomésticos y bienes que poseen los hogares nos dan una aproximación al estilo de vida. En el 2012, tanto en la zona urbana como rural había más hogares con televisores que con heladeras, lo que podría ser asociado con más hogares interesados en una forma de ocio de poco gasto energético y económico, en lugar de una garantía para la mejor conservación de los alimentos frescos. La mitad de los hogares en zona rural (54,8%) y 3 en zona urbana (79,4%) contaban con lavarropas.[12]

El 43,5% tenía computadora de las cuales casi 9 de cada 10 (86,4%) estaba conectada a internet. En el campo, 8,6% tenía computadoras de las cuales poco más de 7 de cada 10 (74,4%) tenía internet. [12]



Los índices de penetración de la telefonía móvil han crecido significativamente. En el 2002 era de 32.6% en el área urbana y 16.6% en el área rural. En la Encuesta Permanente de Hogares 2011 se identificó que el uso de telefonía móvil orilló el 90%.[12]

• Deportes y tiempo libre

Si bien la promoción de los deportes está garantizada por el artículo 84 de la Constitución Nacional de 1992, en todo Paraguay, tanto a nivel urbano como rural, existen pocos espacios públicos con infraestructura para la práctica deportiva tanto a nivel profesional como no profesional.

El deporte más practicado y más popular es el fútbol. Otros deportes muy practicados son el voleibol y el "piqui volley" (mezcla de futbol y voleibol), que son preferidos como deportes de esparcimiento a nivel popular ya que requieren poca infraestructura. En la clase social media-alta hay aficionados al tenis, rally, basquetbol, hándbol, rugby, golf y natación. Existe muy limitada infraestructura pública para la práctica de la mayoría de estos deportes y su entrenamiento se circunscribe principalmente a clubes privados.

El ciclismo, tanto en sus modalidades no profesional, profesional y de aventura, es una actividad que está

ganando adeptos en la zona urbana en los últimos años. Contribuyó a esto la habilitación de algunas ciclovías y nuevos espacios públicos como las Costaneras de Asunción y Encarnación.

• Cultura alimentaria

En Paraguay existe una buena disponibilidad de frutas y verduras durante todo el año, pero el factor cultural es una limitante para su consumo; ya que a pesar de la abundancia no se aprovecha lo suficiente. En la ENFR 2011se encontró que la población general consume en promedio poco más de 2 raciones de fruta 4,4 días a la semana y apenas media ración de verdura en 2,6 días a la semana.[4]

Los platos tradicionales de los hogares, tales como el soyo, sopa paraguaya, picadito de carne, vorí vorí de pollo (caldo de pollo y verduras con bolitas de harina de maíz), puchero (guisado de carne y verduras) son altamente calóricos, ricos en grasas y carbohidratos. A pesar de la transición hacia un estilo de vida sedentario y con menor demanda energética, la cultura alimentaria de la población mantiene la preferencia por ingredientes de altos contenidos en grasas e insuficientes nutrientes.[12]

La principal forma de consumo de agua durante el día es a través del tereré y el mate, infusión de yerba mate en forma fría y caliente, respectivamente, cuyo consumo, por lo general acompañado de hierbas medicinales, está masivamente extendido en todas las edades y clases sociales. En los últimos años se ha popularizado y extendido el consumo de bebidas gaseosas de producción local. [12]

• Lactancia materna

Está demostrado que mantener la lactancia exclusiva hasta los seis meses previene enfermedades diarreicas y respiratorias y mejora el desarrollo neurológico del niño o niña. Algunos estudios plantean además un efecto protector ante la obesidad en el futuro.

En Paraguay, una de cada cuatro (24%) madres alimenta a sus hijos o hijas menores de seis meses exclusivamente con leche materna. Otra cuarta parte de las madres (21%) lo alimenta predominantemente con leche materna, combinado con otros alimentos. [37]

La práctica de la lactancia materna exclusiva es más alta en mujeres que no trabajan o trabajan en el hogar y aquellas clasificadas como con mayor nivel socio-económico. La mayoría de lactancia materna se suspendió entre los 4 y 11 meses (40%) y entre los 12 y 23 meses de vida (27%).[37]

De acuerdo a la Unicef, la insuficiente prevalencia de lactancia materna exclusiva se debe a desconocimiento, carencia de consejería adecuada, falta de un entorno familiar colaborador, ausencia de condiciones laborales que posibiliten continuar con la lactancia en el trabajo, la desnutrición de la madre, entre otras causas.

• Medios de comunicación

Los medios de comunicación son actores clave para posicionar en la agenda pública la relevancia de un abordaje intersectorial frente a las ECNT.

Además, los medios permiten proveer información clave para la toma de conciencia a nivel individual sobre conductas de riesgo para la salud y promover cambios hacia estilos de vida más saludable.

En Paraguay existen alrededor de 700 medios de comunicación, entre canales de TV y sus repetidoras, TV cables, emisoras de radios AM y FM privadas y comunitarias, diarios, seminarios, revistas, agencias de noticias, procesadoras de noticias en internet.[38] (Tabla I.4.)

Los principales periódicos de alcance nacional son ABC Color con un promedio de circulación semanal de 38.000 periódicos, Ultima Hora y La Nación, con una circulación semanal de 16.000 y 3.000 periódicos, respectivamente.[38]

Otros periódicos son Crónica, Popular y 5 días. En internet son leídos los periódicos ya citados, además de Paraguay.com, E'a Periódico de Análisis, IPParaguay, entre otros.

Tabla I.4.

Cantidad de medios de comunicación

Radios FM	204
Radios AM	46
Radios comunitarias	125
Canales de aire	12
Repetidoras de canales	78
Canales por cable	104
Radio distribución televisiva	4
Diarios de distribución nacional	5
Periódicos regionales	2
Semanarios y revistas	32
Agencias de noticias internacionales	9
Portales Noticias Nacionales	15
Procesadoras de internet	64
Total	700

Fuente: Sindicato de Periodistas del Paraguay, 2011

Perfil Epidemiológico y Estructura Sanitaria

El Sistema de Salud juega un rol central en la prevención y tratamiento de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Una mejor atención sanitaria, la detección temprana y el tratamiento oportuno deben estar al alcance de la población, independientemente de su edad, el lugar de residencia, su tipo de empleo y su nivel socioeconómico, constituyendo así una alternativa para cortar el círculo vicioso de enfermedad y pobreza.

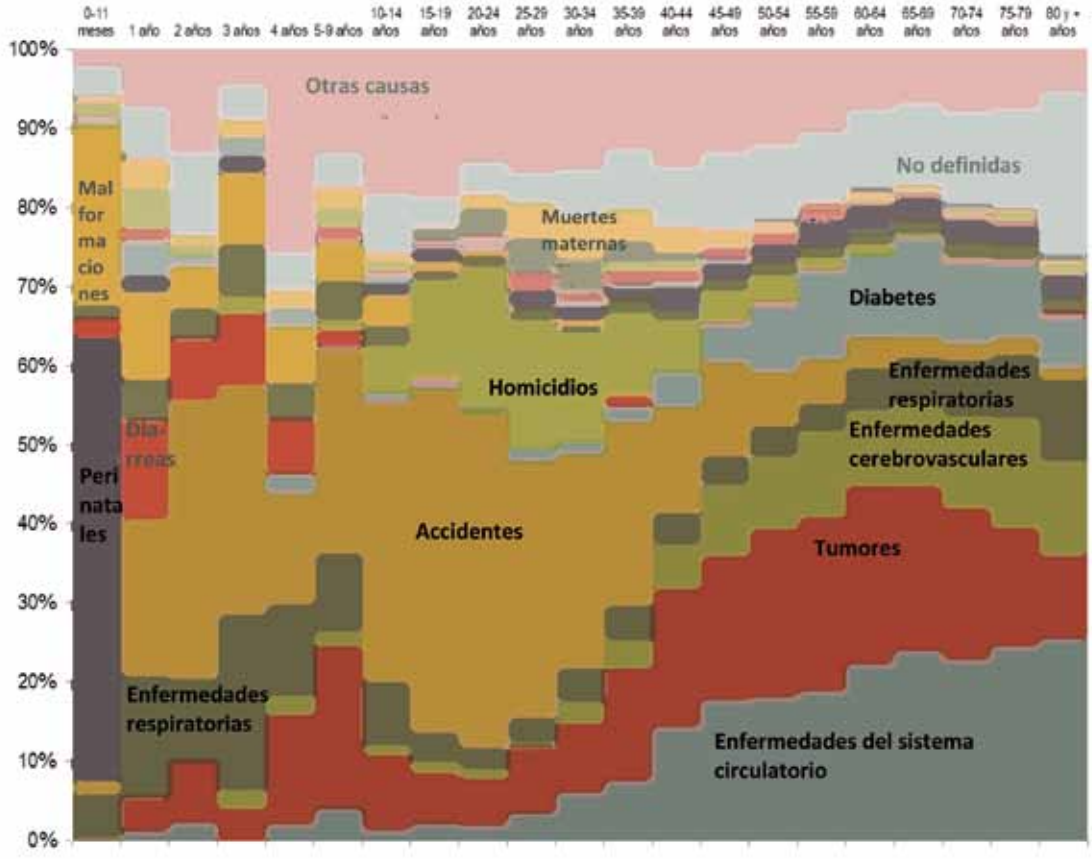
Perfil epidemiológico

En líneas generales, el perfil epidemiológico del Paraguay comparte las características de países con doble carga de enfermedad, donde al tradicional impacto de la morbi-mortalidad por enfermedades infecciosas relacionadas a condiciones de vida y acceso a los servicios de salud, se le suma el aumento de prevalencia de ECNT. Además de la mortalidad atribuible como causa directa, la presencia de ECNT también constituye un factor de riesgo para el desenlace fatal de ciertas enfermedades transmisibles, como en el caso del dengue [39] y la influenza. [40]

Como se observa en el Gráfico I.16, para adolescentes y adultos jóvenes, los accidentes y homicidios constituyen las principales causas de muerte. A partir de los 40 años, los tumores, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes cobran especial relevancia como causas de muerte.

Gráfico I.16.

Paraguay. Carga porcentual de las causas de muertes por grupos de edad. 2010



Fuente: Indicadores demortalidad. Dirección de Bioestadistica. MSPyBS. 2012

Principales causas de mortalidad

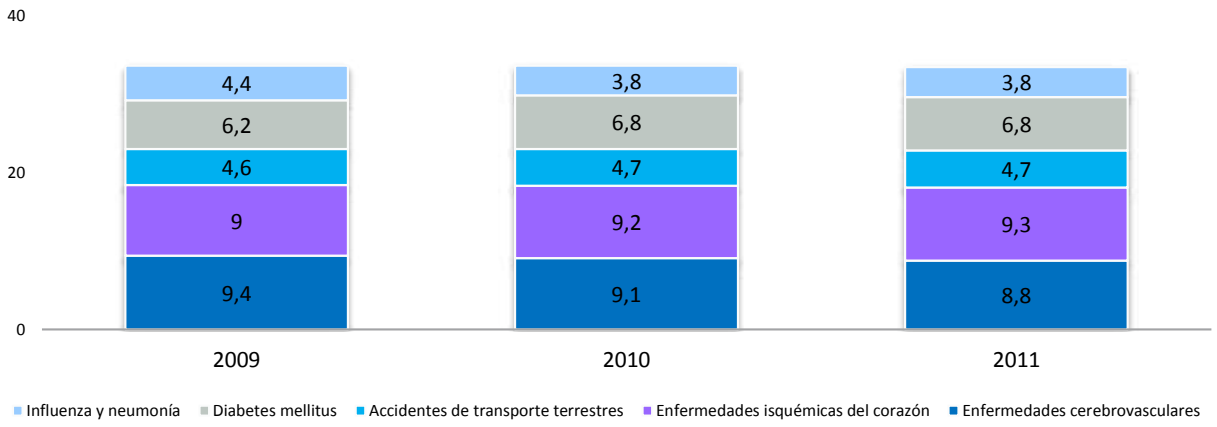
Como ocurre a nivel mundial, en Paraguay, las cuatro principales ECNT (Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Cáncer y Enfermedad Respiratoria Crónica) son la causa de 3 de cada 5 defunciones registradas. Una cuarta parte de estas muertes son prematuras, es decir, ocurren en personas menores de 60 años. [4]

En el 2011, el número de fallecimientos estimados por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) fue de 36.430. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), por su parte, registró 25.696 muertes.[6] Esta diferencia en las estadísticas oficiales da cuenta de la necesidad de mejorar y alinear los diferentes sistemas de información.

La tasa bruta de mortalidad indica que en el año 2011 se registraron 3,9 defunciones por cada 1.000 habitantes. Las cinco principales causas de mortalidad fueron: Enfermedades cerebrovasculares, Enfermedades isquémicas del corazón, accidentes de transporte terrestres, Diabetes mellitus, e influenza y neumonía. La carga porcentual de estas enfermedades en relación al total de muertes se ha mantenido con pocas variaciones en los últimos años tal como se observa en el Gráfico I.17.

Gráfico I.17.

Paraguay. Distribución porcentual de las cinco principales causas de defunciones, sobre el total de muertes en el año



Fuente: MSPyBS. IBS 2013

Salud materno-infantil

La salud materno-infantil está estrechamente relacionada con las ECNT y sus factores de riesgo. Asimismo, algunas afecciones del embarazo, como la obesidad materna y la diabetes gestacional se asocian a riesgos similares para la madre y el feto.

• Mortalidad en niños y niñas

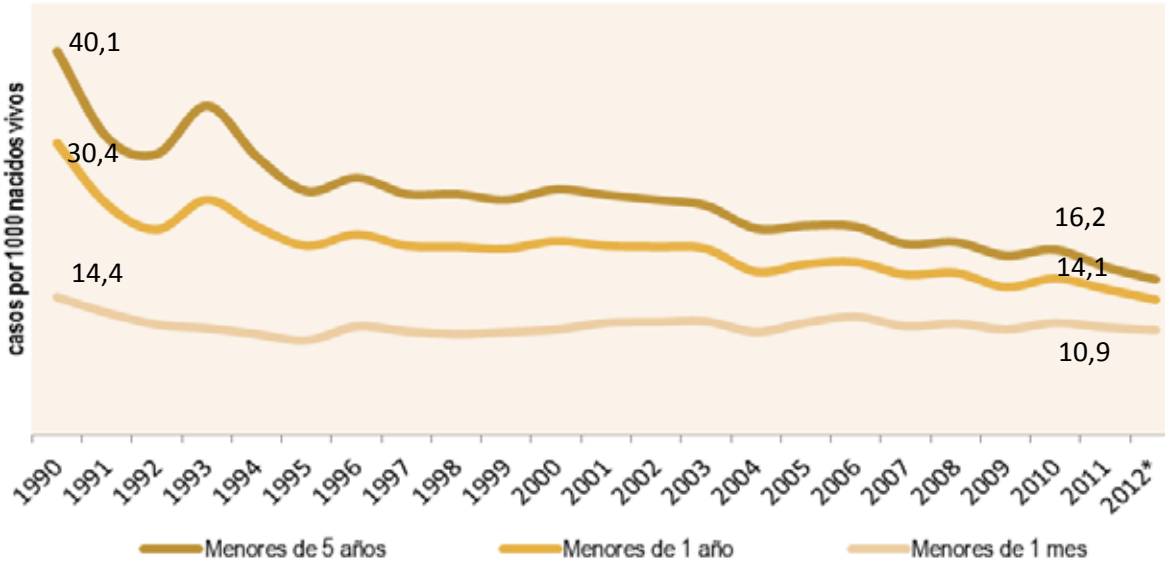
La tasa registrada de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años descendió de 40 a 17,5 decesos por cada 1000 nacidos vivos registrados entre los años 1990 y 2011. Datos preliminares del 2012 muestran un descenso a 16,2.[6] (Gráfico I.18.)

Asimismo, la tasa registrada de mortalidad infantil pasó de 30 por mil nacidos vivos registrados en el año 1990 a 15,2 por cada mil nacidos vivos en 2011.4 10 Datos preliminares del 2012 muestran un descenso a 14,1.[6]

En cambio, la mortalidad neonatal se mantiene prácticamente invariable desde hace una década. En 1992 la tasa fue 11,5 por cada mil nacidos vivos y en el 2012 (datos preliminares) fue de 10,9.[6]

Gráfico I.18.

Paraguay. Tasa registrada de mortalidad de neonatal, infantil y de niños menores de 5 años. 1990 - 2012



Fuente: Subsistema de Información de Estadísticas Vitales, SSIEV. MSPyBS, Bioestadística, 2013

Esto significa que, de mantenerse las mismas condiciones, de cada 1000 niños y niñas que nacen en Paraguay este año, 11 de ellos morirán antes de cumplir su primer mes de vida, otros 4 antes de cumplir un año y 1 de ellos antes de alcanzar los 5 años.

Las causas de muerte de los niños de 1 a 4 años destacan en primer lugar las causas externas (accidentes doméstico y de tránsito), luego neumonías e influenza, diarrea, malformaciones congénitas, septicemias, enfermedades nutricionales y anemia. Se trata, por tanto, en su mayoría de causas evitables.[6]

• Bajo peso al nacer y desnutrición en la infancia

El bajo peso al nacer es un factor altamente asociado a la obesidad , la presión arterial alta , las enfermedades cardiacas y la diabetes en la edad adulta. En Pa-

raguay, en el 2011 un 6,3% de los nacidos vivos tenían bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos).[6]

Se observan diferencias por regiones, así como fluctuaciones en las tasas que se registran anualmente, lo que podría estar relacionado con falencias en los sistemas de información y vigilancia de la salud en todos los niveles de la red de servicios.

Por otra parte, la situación nutricional de los niños y niñas menores de cinco años representa un desafío. Un 5% de los menores de cinco años que acudieron a los servicios de salud del MSPBS en el 2012 presentó desnutrición y un 14% presentó desnutrición crónica.

Mortalidad materna

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se contempla la reducción de la mortalidad materna. En Paraguay, la razón de mortalidad materna ha evidenciado en la última década una progresiva tendencia al descenso. Datos preliminares indican que el 2012 cerró con una tasa de 81,9 muertes por 100.000 nacidos vivos, lo que representa una reducción de un 55% de la tasa registrada diez años antes.[41]

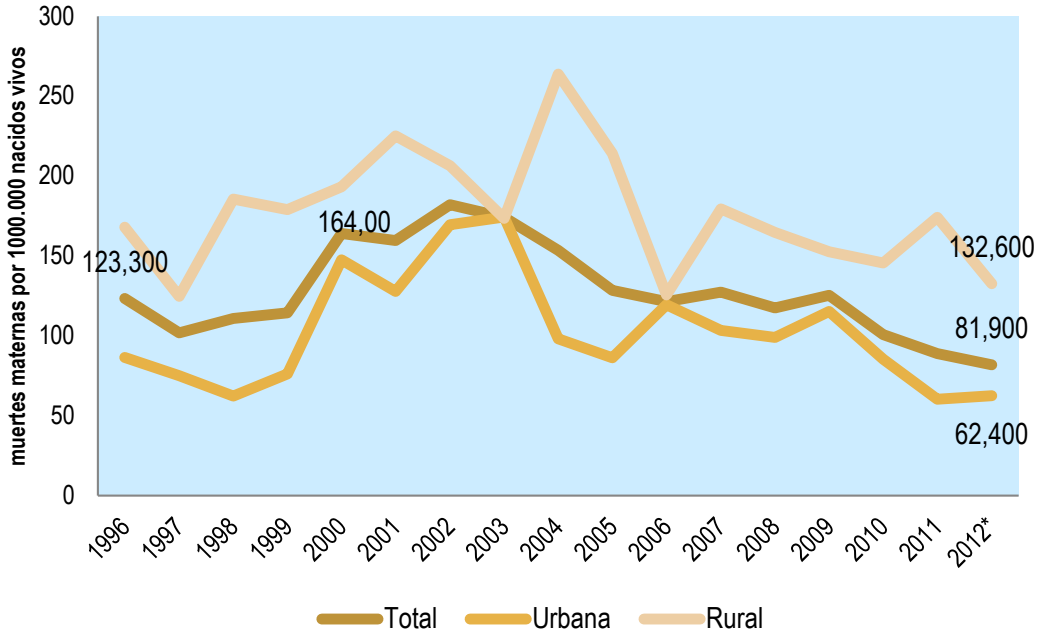
Es importante destacar que se registran diferencias significativas según el área de residencia sea urbana o rural. (Gráfico I.19.)

La situación nutricional de las embarazadas es factor a ser tenido en cuenta, ya que sólo el 43,8% presenta un peso normal . De acuerdo a datos del 2012, de las embarazadas que consultaron en servicios de salud pública, el 26,1% tenía bajo peso y un 30,1% presentaba obesidad. [42]

Parámetros de las OMS(2006) para desnutrición: En el caso de niños y niñas menores de 2 años se utiliza Peso/Edad; para niños y niñas de 2 a 5 años se utiliza Peso/Talla.
Parámetro de la OMS (2006) para desnutrición crónica: Talla/Edad.

Gráfico I.19.

Paraguay. Razón de mortalidad materna, por zona urbana y rural. 1996 -2012



Fuente: MSPyBS, Bioestadística. Nota: (*) Datos provisorios del año 2012, a julio del 2013.
Observación: A partir del año 2000 se ha producido un mejoramiento del registro

Diagnóstico nutricional en mujeres gestantes: Peso/Talla/Edad gestacional (Rosso Mardones)

Marco de Políticas Públicas

La Constitución Nacional garantiza que el derecho a la vida es inherente a la persona humana (art.6), que la calidad de vida será promovida por el Estado y que fomentará la investigación sobre los factores de población y sus vínculos con el desarrollo económico social, con la preservación del ambiente y con la calidad de vida de los habitantes. Se establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades (art.68).[43]

Las acciones y políticas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) están enmarcadas en la Política Pública para el Desarrollo Social –Paraguay 2010 2020–, específicamente en el eje 1. Calidad de Vida para todos y todas, que se hallan inspiradas y alineadas a los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). Este primer eje aborda la universalidad en el acceso al Sistema de bienes y servicios sociales proveídos por el Estado, con énfasis en la búsqueda de la eficiencia y eficacia. Desde 2008 se introducen las Políticas Públicas de Calidad de Vida y Salud con Equidad.

También está vigente el Plan Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional del Paraguay (PLANAL) 2025, que tiene como meta que todas las personas que viven en el Paraguay tengan en todo momento acceso material y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias, conforme a sus preferencias y pautas culturales, a fin de llevar una vida activa y sana. Contempla un trabajo intersectorial para fortalecer producción, aprovechamiento, acceso, uso y consumo de alimentos nutritivos.

Organización del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud, establecido por la Ley 1032/96, está integrado por los sectores público, privado y mixto. La ley establece que el Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.

No obstante, en la práctica el Sistema continúa trabajando en forma descoordinada, segmentada y fragmentada, con diversidad en sus modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, lo que fomenta las desigualdades sociales en salud y falta de continuidad en el cuidado. En el sector público, los dos principales proveedores son el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto de Previsión Social.

Por un lado, el MSPBS, creado por Decreto Ley Nº 2.000/36 del 15 de junio de 1936, es la entidad rectora del sistema y participa como la principal prestadora de servicios de salud, en los diferentes niveles de atención. En el 2011 contaba con un total de 1.359 establecimientos de salud, de los cuales 266 tenían internación, distribuidos con gran disparidad territorial.[6] Su fuente de financiamiento es fiscal y contribuye con el 50% del total del gasto público en salud. [44]

Por otro lado, el Instituto de Previsión Social (IPS), creado por Decreto Ley Nº 17071 del 18 de febrero de 1943, está regido por un modelo de aseguramiento solidario. Su fuente de financiamiento es copago con financiación tripartita (trabajador, empleador, Estado) y contribuye con el 41% del gasto total en salud. Si bien este sistema debería cubrir la demanda de atención sanitaria de toda la población trabajadora del sector privado, organismos descentralizados, el servicio doméstico, los docentes y sus dependientes, en la práctica no es así. El alto porcentaje de población subempleada (20,3%), la evasión del sistema, la falta de cobertura del trabajo agrícola y las modalidades de contratos temporales que no aportan a la seguridad social, hace que un alto porcentaje de la población económicamente activa no esté asegurada. En el 2011 tenía 76 establecimientos, 37 de los mismos con internación.[45]

Otros proveedores del sector público son el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil, depen-

La Constitución Nacional, en sus art. 176 y 177 establece que la política económica y de promoción del desarrollo se fomentará con programas globales y que estos planes nacionales de desarrollo serán indicativos para el sector privado, y de cumplimiento obligatorio para el sector público.

dientes de la Universidad Nacional de Asunción (5,3% del gasto en salud), las Sanidades Militar y Policial (0,7%), las Gobernaciones (1,6%) y las Municipalidades (1,4%).

El sector privado, por su parte, cuenta con entidades sin fines de lucro como las Organizaciones No Gubernamentales y las Cooperativas. Los prestadores privados con fines de lucro comprenden a la Medicina Prepaga y a proveedores privados. Por último, la Cruz Roja Paraguaya es la entidad mixta con financiamiento del ministerio y de una fundación privada sin fines de lucro.

De acuerdo a la última Encuesta Permanente de Hogares del año 2012, un 73,4% de la población no contaba con seguro médico, lo que subía al 89,5% en el caso de la zona rural. El IPS cubría al 19% de la población (26% en zona urbana y 8,7% en zona rural).[12]

• Organización institucional

El MSPyBS es una institución compleja, donde coexisten varias lógicas de organización y planificación, como la orgánica-institucional y la territorial.

Territorialmente, cada uno de los 17 departamentos y la capital, cuentan con una Dirección de Región Sanitaria, responsable de coordinar, administrar y supervisar las funciones de la institución a nivel sub-nacional.

Organizacionalmente, hasta octubre de 2013, el MSPyBS estaba compuesto de 32 Direcciones Generales y/o dependencia de rango equivalente, 13 de las cuales dependían jerárquicamente del Viceministerio y 19 directamente del Ministro.

Una de las direcciones generales dependientes del Viceministerio es la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), responsable de registrar, analizar y formular recomendaciones para la toma de decisiones sobre eventos en salud pública que puedan afectar la salud individual y colectiva y los factores que la condicionan.

De esta Dirección General depende la Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Trasmisibles (DVENT), con recursos presupuestarios asignados para la prevención, promoción, vigilancia, seguimiento y evaluación. La DVENT realiza el monitoreo y la evaluación de los siguientes programas: Programa Nacional de Prevención Cardiovascular, Programa Nacional de Diabetes, Programa Nacional de Accidentes y Lesiones de Causa Externa y Programa Nacional de Control del Tabaquismo.

Otros programas relacionados con ECNT, como el Programa de Salud Mental, el Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y Mama, el Programa Nacional de Control de Cáncer, el Programa de Salud Bucodental, están a cargo de la Dirección General de Programas de Salud. Además, el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, dependiente del Ministerio de Salud, tiene por objetivo velar por el mejoramiento continuo de la salud nutricional, la inocuidad y la calidad de los alimentos procesados destinados al consumo humano, con especial énfasis en fomentar hábitos alimentarios saludables, asegurando el consumo de alimentos inocuos y de buena calidad nutricional,.

• Descentralización en salud

Intersectorialmente, la Ley 1032/96 establece que la instancia de articulación deberían ser los Consejos Nacional, Regionales y Locales; que a su vez tienen el mandato diseñar, implementar y fiscalizar planes nacionales, regionales y locales de salud. 17 Hasta julio de 2013, habían sido oficializados Consejos Locales de Salud en 228 de los 245 distritos y 16 Consejos Regionales de los 17 Departamentos del país. La mayoría de ellos tienen planes locales de salud, donde las ECNT están poco visibilizadas en los mismos. [46]

Apuesta por la Atención Primaria de Salud

Históricamente, el modelo de atención a la salud en Paraguay estuvo caracterizado por una atención fragmentada, excluyente (el 30% en el 2007 estaba sin acceso a la atención de salud) y orientada a tratar el cuadro agudo episódico.[15]

Como una respuesta a esta situación, desde el 2008 la Atención Primaria de la Salud (APS) fue adoptada como un programa emblemático de Gobierno, asignándole un presupuesto protegido y direccionando la cooperación internacional para fortalecer su implementación en todo el territorio nacional.

La APS propone un enfoque preventivo promocional, con responsabilidad territorial, integralidad de la atención, atención de la salud continuada y permanente, accesible y representa un primer contacto con los servicios de salud.[47]

En el 2012, de acuerdo a un censo realizado por la Dirección General de Servicios de Salud existían 1325 establecimientos, de los cuales 53% eran USF, 34% eran puestos de salud o dispensarios, 7% eran policlínicas o centros de salud y 6% eran hospitales. (Gráfico I.21.). La meta para el 2013 había sido instalar 1600 USF en todo el territorio nacional (Gráfico I.22.). No obstante, desde el año 2011 el Parlamento no aprobó el presupuesto solicitado por el MSPyBS para habilitar las unidades previstas en el plan.

Las Unidades de Salud de la Familia (USF) fueron creadas para ser atendidas por un equipo básico de salud de la familia con 1 médico/a, 1 licenciado/a, 1 auxiliar y entre 3-5 agentes comunitarios de salud, que tienen a su cargo una población asignada de entre 3.000 a 5.000 habitantes por territorio social. No obstante, para finales de 2012 el 14% de las USF tenían vacante la plaza de médicos y el 85% carecían de agentes comunitarios.[47]

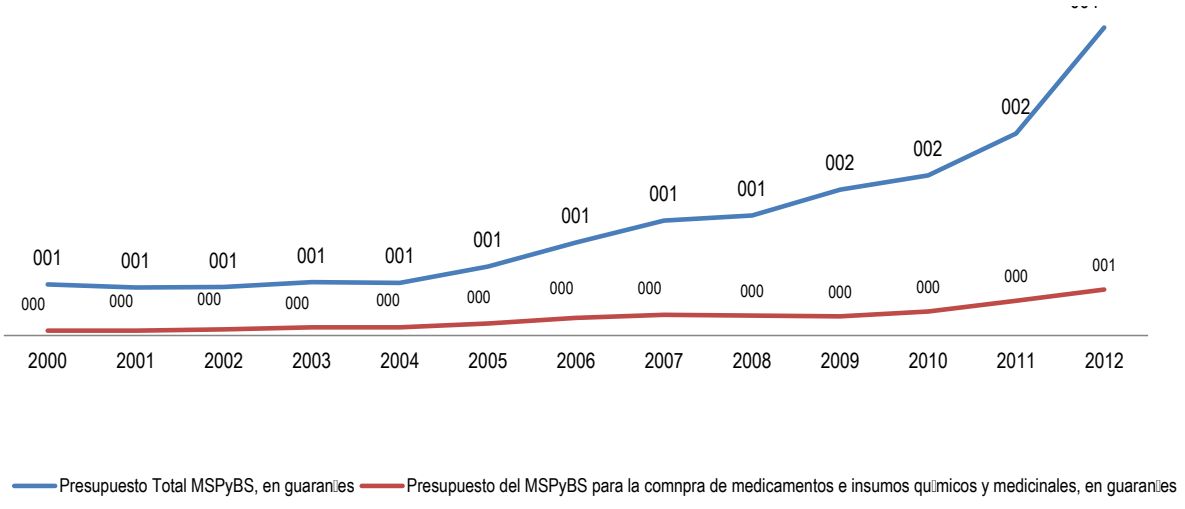
El objetivo del programa es contribuir a mejorar el estado de salud de las familias del territorio nacional mediante la estrategia de atención primaria proveída por los equipos de salud de la familia. Sus componentes son la atención del niño y la niña, el control de enfermedades crónicas, la prevención y control de enfermedades transmisibles, la detección precoz del cáncer, la atención prenatal, entre otras. [47]

• Inversión en salud

Coincidentemente con la declaración de eliminación total de aranceles del sistema público de sa-

Gráfico I.20.

Paraguay. Evolución del presupuesto del Ministerio de Salud. 2000 - 2012 (en billones de Guaraníes).



Fuente: MSPyBS, 2013

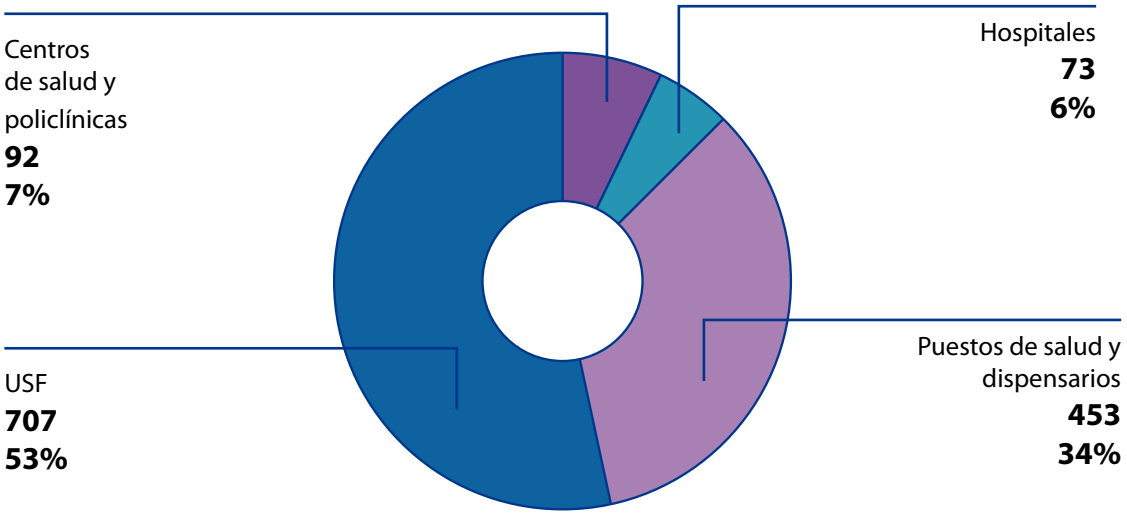
lud y la instalación de un nuevo tipo de servicio de salud –las Unidades de Salud de la Familia (USF)-, desde el 2008 la inversión en salud per cápita en Paraguay fue aumentando progresivamente hasta alcanzar en el 2012 una suma cinco veces mayor. Hasta el 2007, este gasto era de 27 dólares por habitante. En el 2012 alcanzó 163 dólares per cápita. No obstante todavía está por muy debajo del promedio en la región. En términos absolutos el presupuesto del MSPyBS ascendía en el 2012 a 3,57 billones de Gs. (Gráfico I.20.)

A partir del 2008, la mayor dotación de recursos humanos y la eliminación de la barrera de acceso que constituían los aranceles posibilitaron mayor acceso de la población a los servicios de salud públicos.

La demanda de servicios se fue incrementando de manera sustancial en los siguientes cinco años. El sector público pasó de 3 millones de consultas en el 2007 a 12 millones de consultas en el 2012.[6] El mayor incremento se registró en el sector rural y en el quintil más pobre. No obstante los recursos humanos son aún in-

Gráfico I.21.

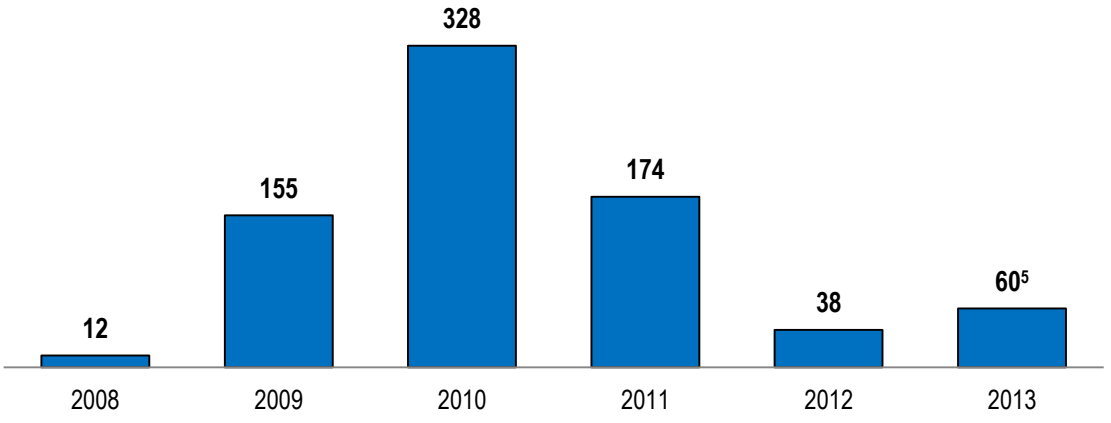
MSPyBS. Número de establecimientos, por niveles de atención. 2012



Fuente: Censo de la Dirección General de Servicios de Salud, 2012

Gráfico I.22.

Número de Unidades de Salud Familiar instaladas por año.



Fuente: MSPyBS. Dirección General de APS.

suficientes, están mal distribuidos y tienen deficiencia de formación en gestión y prestación de servicios con calidez y calidad.

La reducción de barreras para el acceso al sistema de salud ha generado problemas de sobredemanda en la red de servicios de salud, que todavía requiere el fortalecimiento de la red de hospitales, tanto en infraestructura, equipos como en recursos humanos, los servicios de cuidados intensivos y fortalecimiento del servicio de emergencias extrahospitalarias.

El sistema de salud sigue orientado principalmente a combatir las enfermedades transmisibles, y suele abordar las ECNT de manera no estructurada, sin un seguimiento y vigilancia sistemáticos de la atención clínica, y sin suministrar suficiente información sobre la morbilidad y la mortalidad, elemento decisivo para una planificación sanitaria eficaz.

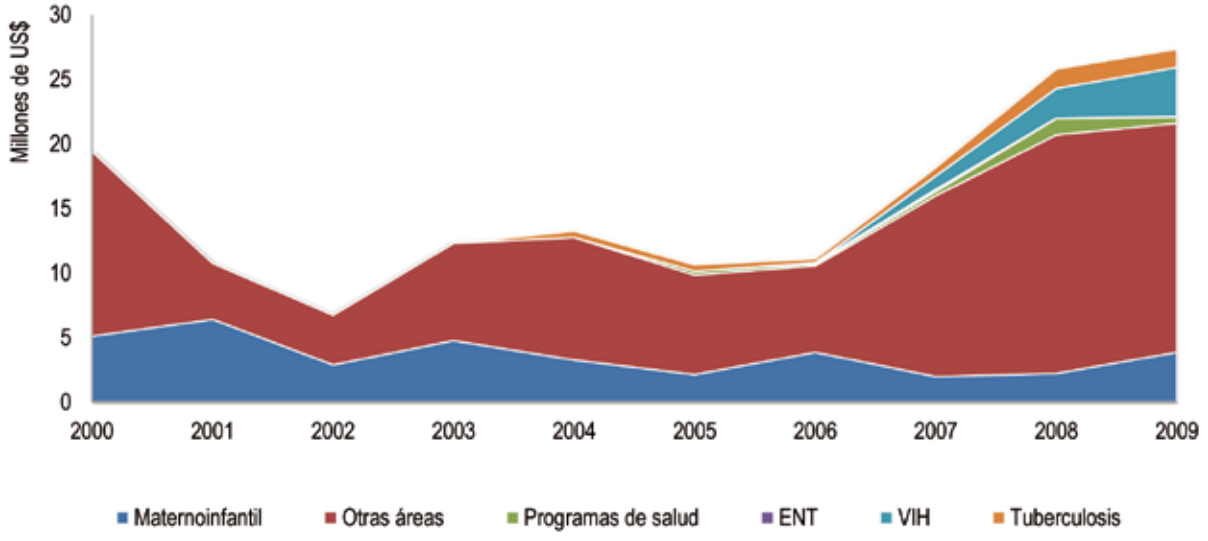
En los servicios de salud, una parte significativa del presupuesto se destina a tratamientos en las últimas etapas de enfermedades que podrían haber sido evitadas. El tratamiento en las últimas etapas de la enfermedad a menudo requiere tecnologías sofisticadas y costosas, tales como cirugía de bypass coronario, hemodiálisis y Tratamiento con rayos láser, entre otros. Considerando que la participación presupuestaria del Estado en estos tratamientos es insuficiente, muchos enfermos directamente no acceden a estas intervenciones y aquellos que sí lo hacen, terminan absorbiendo gastos de salud catastróficos que pueden llevar a situación de pobreza a sus familias.

• Cooperación Internacional

En el 2009, la cooperación internacional aportó al país casi 30 millones de dólares para el fortalecimiento de proyectos de salud. Un porcentaje considerable históricamente ha estado dirigido a la atención materno infantil, pero en los últimos años ha aumentado la participación de enfermedades transmisibles, como el VIH y la Tuberculosis. La cooperación para proyectos vinculados a las ECNT es escasa.[48] (Gráfico I.23.).

Gráfico I.23.

Paraguay. Monto destinado a la salud por la cooperación internacional



Fuente: IHME DAH Database country and regional recipient level database 1990-2009. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2011, retrieved: Jan 2012.

Sistema de vigilancia e información en salud

Para el control de las Enfermedades No Transmisibles el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social necesita contar con los registros de datos estadísticos actualizados en salud a nivel país, fuentes de datos confiables y oportunas.

Sistema Nacional de Información

La Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES) fue creada en 2008 con el objetivo de administrar el Sistema Nacional de Información Estratégica en Salud (SINAIS), y hasta el 2013 era responsable de la recopilación, revisión y elaboración de indicadores básicos de salud disponibles a nivel nacional y sub-nacional, e identificar y establecer procesos para generar nuevos indicadores.

Los datos relativos a natalidad y mortalidad se recogen desde el 2004 en el Sub-Sistema de Estadísticas Vitales (SSIEV), disponible en base web, con la capacidad de generar cuadros de salida de la información para el público general que accede vía internet.

Tres subsistemas de información:

a. Sub-Sistema de Información de Servicios de Salud-Área Ambulatoria (SAA),

b. el Sub-Sistema de Información de Servicios de Salud-Movimiento Hospitalario, y

c. el Sistema de Egresos Hospitalarios han sido diseñados para registrar y procesar datos relacionados a morbilidad y uso de servicios de salud. Hasta finales de 2013, la implementación de estos sistemas aún era parcial en relación a la totalidad de los servicios de salud.

En el 2010 se aprobó el expediente clínico, conformado por dos herramientas: a) el Registro Diario de Consultas (para la atención ambulatoria) y b) la Ficha de Egreso Hospitalario (para la atención hospitalaria). El objetivo de estas herramientas fue relacionado con la necesidad de homogeneizar la recogida de la información y garantizar la disponibilidad de datos importantes tanto para el seguimiento clínico del paciente como para la vigilancia epidemiológica.

La implementación efectiva en todos los servicios de salud del expediente clínico unificado presenta todavía limitaciones, especialmente en lo que se refiere su uso en el sector privado.

Varios sistemas informáticos de base web para la carga de la información producida por el expediente clínico y el análisis en tiempo real de los datos registrados en estas planillas han sido desarrollados y ofrecidos a las regiones sanitarias. El porcentaje de utilización de estos sistemas en los establecimientos es todavía bajo. Una de las principales limitaciones es la falta de conectividad a internet.

Otros subsistemas de información funcionan en la Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), dependencia responsable de realizar el monitoreo y la evaluación de ciertos programas de salud. A su cargo están la Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles y la Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (DVENT).

Como responsabilidad de la Dirección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles se encuentran: el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), Programa Nacional de Control de la Lepra (PNCL), Programa Nacional de Control de SIDA e ITS (PRONASIDA), Programa Nacional de Control de Zoonosis y Centro Antirrábico Nacional y el Programa Nacional de Control de Infecciones Intra Hospitalarias.

La Resolución S.G. N° 527/08/2010 crea el Expediente Clínico y el Manual de Normas y Procedimientos, disponiendo su implementación obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos y privados del país.

Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud

El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud tiene la función de registrar y analizar eventos en salud pública que puedan afectar la salud individual y colectiva y los factores que la condicionan. Además trabaja en investigar el comportamiento epidemiológico de los eventos bajo vigilancia y formular recomendaciones para mejorar las acciones de control, en el marco de la implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).

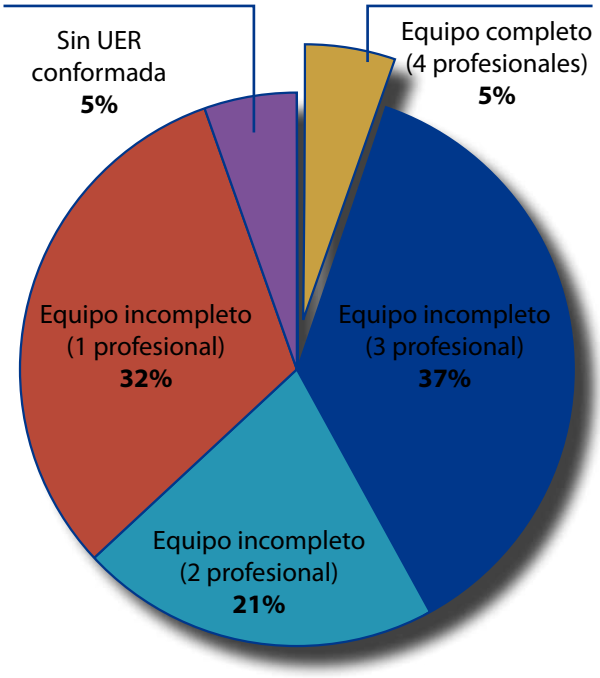
Paraguay ha avanzado en el desarrollo de su sistema de información sanitaria, pero aún es necesario fortalecer la capacidad nacional en epidemiología y recopilación de datos.

El flujo de información de la vigilancia responde a la normativa de partir del primer contacto en el servicio de salud, donde deben quedar registrados los datos de casos sospechosos de ciertas enfermedades de relevancia para la salud colectiva y ser reportados a la unidad notificadora cabecera del distrito. Ésta a su vez debe notificarlos casos a la UER. Semanalmente la información de todas las regiones se consolida en la Unidad de Gestión de Datos (UGD) de la sede central de la DGVS.

Por otra parte, en la DGVS funciona además el Centro Nacional de Enlace (CNE) que se trata de un centro físico y virtual que enlaza al país con la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de responder en forma oportuna a Eventos de Salud Pública de Importancia Nacional (ESPIN) y a potenciales Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) que son identificados y registrados por diferentes redes de vigilancia y organismos dentro y fuera del sector salud.

Gráfico I.24.

Conformación de las Unidades Epidemiológicas Regionales



Fuente: DGVS, setiembre 2013

A nivel nacional, el CNE articula los sistemas de alerta y respuesta de diferentes sectores, con capacidad de coordinar la evaluación de riesgos de eventos de importancia para la salud pública durante (7/24/365); y alertar al Equipo de Respuesta Rápida (ERR).

Fuentes de datos y estadísticas

La principal fuente de datos sobre servicios prestados debería ser el Expediente Clínico, que incluye: a) el Registro Diario de Consultas (para la atención ambulatoria) y b) la Ficha de Egreso Hospitalario (para la atención hospitalaria). A pesar de que su utilización es obligatoria, no todos los servicios lo usan. En los servicios donde aún no se han incorporado, siguen usándose las tradicionales planillas de servicios prestados.

La Dirección General de Atención Primaria de Salud posee un instrumento propio para el monitoreo del funcionamiento de las USF que combina variables cuantitativas y cualitativas (Organización, territorialización, actividades programáticas, participación y promoción).

Publicaciones y difusión de la información

Cada año, la Dirección de Bioestadística, dependiente de la DIGIES, publica una edición de Indicadores Básicos de Salud (IBS), con datos de los años precedentes.

El material contiene un conjunto de 58 indicadores, agrupados en siete secciones: Demográficos y Socioeconómicos, Mortalidad General, Mortalidad Materno-Infantil, Mortalidad por Grandes Grupos de Causas, Mortalidad por Enfermedades no Transmisibles, Morbilidad, Recursos, Servicios y Cobertura, desagregados a nivel departamental atendiendo a la división político administrativa del país. Se incluye además una sección de Indicadores Generales a nivel país. Es elaborado a partir de datos registrados en las distintas Instituciones del sector salud, los de la Encuesta Permanente de Hogares de los mismos años, realizada por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) y el del Banco Central de Paraguay (BCP). [6]

Por otra parte, el Boletín Epidemiológico Semanal, emitido por la DGVS, constituye una publicación con periodicidad semanal publicado online, que contiene información sobre las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) bajo vigilancia. En el listado de ENO no figuran las ECNT, ya que la vigilancia de las ENCT utiliza un sistema de vigilancia diferente.

• Vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo

Los sistemas de vigilancia de ECNT deben integrarse en el sistema nacional de información sanitaria y garantizar el análisis de información en tres áreas principales:

a. seguimiento de exposiciones (factores de riesgo y determinantes)

b. seguimiento de resultados (morbilidad y mortalidad específica); y

c. respuestas de los sistemas de salud (capacidad y acceso a intervenciones).

Sobre esta base, en 2010, la Comisión de trabajo del MERCOSUR acordó un conjunto de indicadores centrales normalizados, que permitiera comparar los avances en los diferentes países. Además se priorizaron los siguientes 11 problemas de salud, según criterios epidemiológicos de magnitud, gravedad, trascendencia y tendencia del problema, y la existencia de acciones de prevención posibles.

Un primer reporte de observatorio de estos indicadores fue publicado en el año 2011.[49]

• Primera Encuesta de Factores de Riesgo

En el 2011 el MSPyBS desarrolló la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, en población general y en pueblos originarios. Para ello contó con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional y Desarrollo (AECID) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), y con la participación de la Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEC).[4]

El objetivo fue contar con información que permita ajustar las políticas de prevención y control de las principales ENT y, poder evaluar los resultados de dichas políticas.

CAPÍTULO 2

Factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Factores de riesgo

La dieta no saludable, inactividad física, consumo excesivo de alcohol y tabaquismo han sido asociados como los principales factores de riesgo de las principales ECNT.

En Paraguay, en el 2011 se realizó la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENFR 2011), siguiendo la metodología de vigilancia STEPS propuesta por la Organización Mundial de la Salud, para la población de 15 a 74 años, con representatividad a nivel nacional. Además de la encuesta en población general, se realizó otra en la población indígena.[50]

De acuerdo a este estudio, existen claras diferencias en la prevalencia de factores de riesgo según sexo y edad. Tal como ocurre en otros países, las mujeres tienden a ser menos activas físicamente que los hombres y son más propensas a la obesidad. Los varones tienen factores de riesgos más elevados relacionados con el tabaquismo y el alcohol.

Consumo de tabaco

• Dimensión del problema

A nivel mundial, el tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (más de 600.000 por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030.

En Paraguay, más de 700 personas mueren cada año como consecuencia del consumo de tabaco. Además se gastan cada año entre 120 y 150 millones de dólares para la asistencia sanitaria de las personas que sufren de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. [51]

La ENFR 2011 reveló que en Paraguay el 10,9% de la población mayor de 15 años fuma. Se observó una clara diferencia entre los sexos, siendo la prevalencia en hombres (22,8%) tres veces más alta que en mujeres (6,1%).[4]

Con relación a la frecuencia de consumo de tabaco entre los fumadores, 8 de cada 10 hombres y 7 de cada 10 mujeres, lo hacen a diario. [4]

Los fumadores de entre 34 y 44 años, tanto en hombres como mujeres, son los que con mayor frecuencia reportan fumar diariamente. El 91% de los hombres y 85% de las mujeres de este rango de edad que se declaran como fumadores, fuman a diario. La media de cigarrillos consumidos entre fumadores de esa edad fue de 12,8. [4]

Las diferencias de frecuencia de consumo según edad y sexo se observan en el Gráfico II.1.[4]

La edad más común de inicio del hábito de fumar

Gráfico II.1.

Consumo del tabaco por edad y sexo. ENFR Paraguay 2011

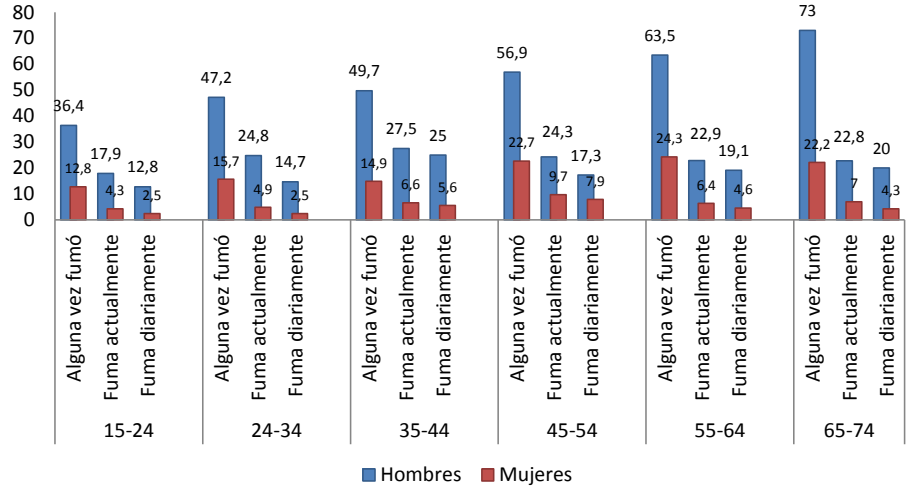
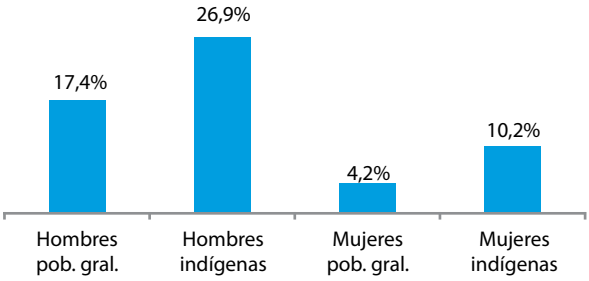


Gráfico II.2.

Consumo de tabaco, según población indígena y no indígena, en hombres y mujeres



es a los 18 años, tanto para hombres como para mujeres. Un 62,9% de los fumadores dice que tiene intención de dejar de fumar en el futuro. Poco más de la mitad (53,3% en el caso de hombres y 50,7% de las mujeres) intentó dejar de fumar en los últimos 12 meses.[4]

El consumo del tabaco es el único factor de riesgo que está más extendido en la población de los pueblos originarios. La ENFR 2011 revela un consumo de tabaco 6 puntos porcentuales más alto en la población indígena que en la población general. En esta población, el 16,7% fuma.[4] (Gráfico II.2.)

También se observa una diferencia entre sexos. Entre los hombres de los pueblos originarios el hábito de fumar llega a un preocupante 26,9% y en las mujeres a un 10,2%. En ambos casos la prevalencia es mucho más alta que en la población general, lo que demuestra la necesidad de aplicar medidas específicas para la prevención y el control en este grupo poblacional.[4]

• Organización de la respuesta

Paraguay ratificó el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003) en el 2006, con el objetivo de proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco.

No obstante hasta ahora no ha habido avances contundentes en la prohibición de la publicidad y los patrocinios de los productos de tabaco, la implementación de advertencias ilustradas en los paquetes de cigarrillos o el aumento de los impuestos. Algunas municipalidades han fortalecido sus ordenanzas de no fumar en lugares de trabajo y espacios públicos cerrados, pero los controles son débiles y no existen garantían de que sean totalmente libres del humo de tabaco.[52]

En el nivel municipal, Asunción cuenta con la Ordenanza Municipal N° 250/08 sobre espacios libres de humo de tabaco. Otra veintena de municipalidades del país también cuentan con ordenanzas de prevención y control del tabaquismo.

Se han registrado intentos de aprobar legislaciones que reducen las medidas de protección ya vigentes. En enero de 2011, el Presidente de la República, a pedido de sociedades científicas, salubristas y organizaciones civiles, vetó totalmente el Proyecto de Ley 4255/10 que tenía como título "Que previene y controla el tabaquismo", y había sido sancionado por el Congreso un mes antes. La propuesta colisionaba directamente con el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco ya que daba posibilidad de habilitar espacios para fumadores en algunos lugares cerrados de acceso público, extendía el plazo para la prohibición de publicidad, limitaba la restricción exclusivamente a la radio y televisión y planteaba advertencias, sin imágenes, en los paquetes de cigarrillo que solo ocupen el 30% de las cajetillas.

Las directrices de la OMS y estudios realizados en diversos países que ya han legislado conforme a ellas, constatan que con los ambientes 100% libres de humo de tabaco, el tamaño de las advertencias superiores al 50% en la parte frontal y posterior, la utilización de imágenes conjuntamente con las advertencias escritas, así como la prohibición total de la publicidad de productos de tabaco, son las medidas más eficaces para evitar que hayan nuevos fumadores, además de contribuir para que los que ya lo son, fumen menos o incluso dejen de fumar.

Esta situación no constituye un hecho aislado. Un informe de la OPS/OMS sobre la actividad de la industria tabacalera en América Latina y el Caribe identifica estrategias usadas por estos grupos de interés para impedir la implementación de políticas de control de tabaco. Para evitar la aprobación de leyes fuertes, suelen recurrir al financiamiento político y el cabildeo para proponer legislaciones más débiles, bloquear la aprobación de normas, crear controversia en los medios de comunicación, usar grupos como los cultivadores de tabaco y campañas de relaciones públicas para crear opinión pública favorable a sus intereses, entre otros.[53]

Consumo nocivo de bebidas alcohólicas

• Dimensión del problema

La mitad de los 2,3 millones de muertes anuales en el mundo por uso nocivo del alcohol se deben a ENT. [54]

El consumo irresponsable, inapropiado y abusivo de bebidas alcohólicas está relacionado con más de 50 problemas de salud, que incluyen problemas en el embarazo, lesiones intencionales y no intencionales, cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia. [55]

El consumo de bebidas alcohólicas también está asociado con comportamientos de alto riesgo como sexo no seguro y uso de drogas.

En comunidades indígenas, el mayor acceso y disponibilidad de alcohol, junto con las malas condiciones de vida y falta de acceso a los servicios de salud contribuyen a una alta presencia de problemas relacionados con el consumo nocivo de alcohol, perturbaciones sociales y destrucción de culturas y valores indígenas.[56]

El consumo de bebidas alcohólicas en Paraguay está extendido en todas las edades y en ambos sexos. En general, lo que se observa en el consumo de alcohol en el país es que existe un patrón de consumo peligroso, no tanto por la frecuencia, sino por la intensidad del consumo, ya que las veces que se consume, se hace en grandes cantidades.[57]

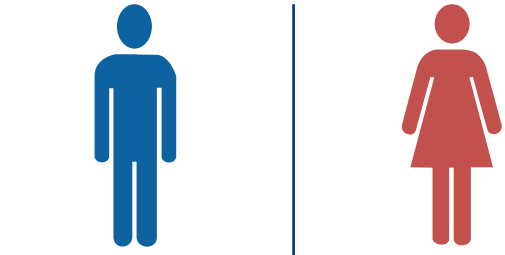
Este consumo excesivo episódico se define como cinco o más tragos por ocasión (o un periodo de dos horas) en el caso de los hombres y cuatro o más tragos en el caso de las mujeres.[57]

Este patrón de consumo episódico está asociado con mayores daños físicos y emocionales, incluyendo violencia, accidentes, embarazos no planificados, sexo no seguro, enfermedades de transmisión sexual y VIH.

Otros factores que la OMS asocia con un patrón de consumo peligroso es el beber sin acompañar de comida y el beber en lugares públicos. Ambas prácticas están extendidas en Paraguay.

Gráfico II.3.

Porcentaje de bebedores que consumen excesivamente en cada ocasión.

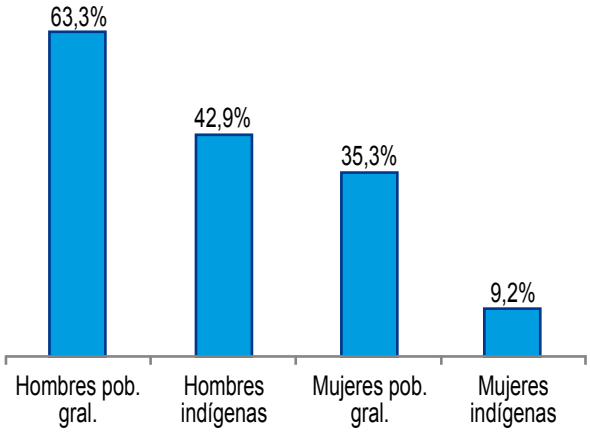


32,5%
Hombres: 5 o más vasos

14,2%
Mujeres: 4 o más vasos

Gráfico II.4.

Paraguay.Diferencias en el consumo de alcohol en los últimos 30 días. ENFR, 2011



De acuerdo a la ENFR 2011 el 63,3% de los hombres y el 35,3% de las mujeres han consumido alcohol en los últimos 30 días. En la población indígena el consumo es menor en ambos sexos, tal como se observa en la Gráfico II.4.[4]

El 33% hombres y el 9,5% de las mujeres reportan beber alcohol más de 3 veces al mes. El porcentaje de personas encuestadas en la población general que consume alcohol a diario es de 1,8% en hombres y 0,2% en mujeres.[4]

De cualquier bebida alcohólica que contenga el equivalente de 10 gramos de alcohol puro.

Un dato que debe ser observado con atención es el promedio de consumo de bebidas alcohólicas por ocasión. De acuerdo a datos de la ENFR 2011, el promedio de consumo en cada ocasión en el último mes fue de 6,7 vasos para los hombres y 2,9 vasos para las mujeres, siendo significativamente más elevado para menores de 34 años en ambos sexos. [4]

Esto sugiere que el patrón de consumo habitual no es el de un vaso o copa de bebida alcohólica para acompañar las comidas, sino el beber en exceso, cada vez que se bebe (Gráfico II.5.). Tanto para hombres como mujeres, el promedio de alcohol ingerido representa una cantidad considerada peligrosa en la sangre.

Entre las personas que consumen alcohol, el 32,5% de los varones y el 14,2% de las mujeres tienen un patrón de consumo peligroso, pues lo hacen en exceso cada vez que consumen (Gráfico II.3.). El 64% de los bebedores nunca consumen alcohol acompañando las comidas.[4]

Otro problema a abordar es el consumo en adolescentes. Una encuesta aplicada a estudiantes de 14 años o menos por parte del Observatorio Interamericano sobre Drogas de la Organización de Estados Americanos (OEA) en el 2005 indicó que el 25,2% de los adolescentes consumió bebidas alcohólicas en los últimos 30 días.

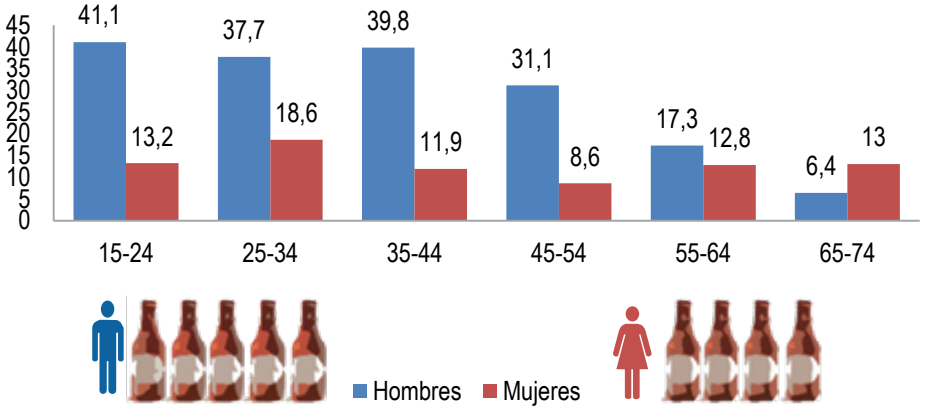
• Organización de la respuesta

El patrón de ingesta episódica excesiva en los adultos y jóvenes, y el inicio precoz del consumo constituyen un riesgo social y un problema de salud pública necesarios de ser afrontados.

En el 2011 fue aprobada la Política Nacional de Prevención del Consumo Nocivo de Bebidas Alcohólicas. La elaboración de esta Política se realizó en forma participativa con instituciones u organismos que de alguna manera están involucrados con el consumo del alcohol, tales como la Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia (SNNA), el Ministerio del Interior, y el Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC), municipios y organizaciones no gubernamentales tales como CONACOL, SER, entre otras. Este trabajo fue coordinado por el MSPyBS, a través de la DVENT y el PNALCE. Las estrategias planteadas fueron las siguientes: a. Aumentar la concienciación y el compromiso político; b. Mejorar la base de conocimientos sobre la magnitud del problema y la eficacia de las intervenciones, c; Aumentar el soporte técnico a nivel nacional, departamental y municipal; y d. fortalecer la cooperación. Actualmente se está trabajando en un Plan de Implementación en forma multisectorial.

Gráfico II.5.

Paraguay. Porcentaje de hombres y mujeres con un patrón de consumo excesivo por ocasión, por grupos de edad, ENFR 2011.



Fuente: MSPyBS. ENFR, 2011

Dieta no saludable

• Dimensión del problema

La alimentación tiene una directa relación con las ENT. En el mundo, aproximadamente 1,7 millones de muertes son atribuibles a un bajo consumo de frutas y vegetales. [58]

Por otra parte, muchos estudios epidemiológicos han demostrado que el consumo elevado de sal se asocia a mayor riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares, y que la reducción en la ingesta de sal trae beneficios en la población. [59]

El consumo de alimentos preparados fuera del hogar también suele estar asociado a una mayor ingesta de alimentos procesados, con mayor composición de grasas, sal y menos nutrientes.

En Paraguay, el consumo de frutas y vegetales está muy por debajo de la recomendación de cinco porciones diarias sugeridas por la OMS. En la ENFR se encontró que la población general consume en promedio poco más de 2 porciones de fruta 4,4 días a la semana y apenas media porción de verdura en 2,6 días a la semana.[4]

En general, el 84,7% de la población consume menos de cinco porciones de frutas y/o verduras por día.

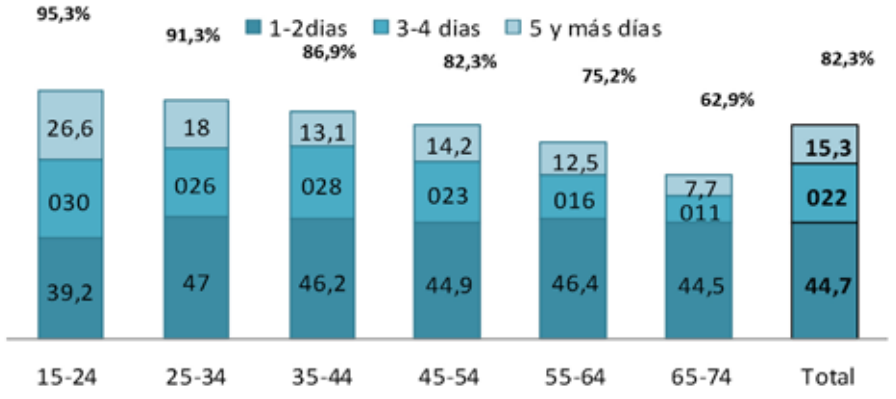
Gráfico II.6.

Porcentaje de población que consume alimentos que no fueron preparados en el hogar casa, por grupo de edad y según frecuencia. ENFR 2011.

Fuente: MSPyBS. ENFR, 2011

Gráfico II.7.

Porcentaje de población que consume comida rápida, por grupo de edad y según frecuencia semanal. ENFR 2011



Fuente: MSPyBS. ENFR, 2011

En la ENFR no se encontró diferencias significativas entre hombres y mujeres en este indicador.[4]

El tipo de aceite o grasa más utilizado en la preparación de alimentos es el aceite vegetal (96,8% de la población lo utiliza). No se encontraron diferencias significativas en zona urbana o rural.[4]

En Paraguay, un 38,4% de la población consume alimentos que no fue preparado en el hogar (ya sea desayuno, almuerzo o cena). Esta práctica es mayor en poblaciones jóvenes, tal como se observa en el gráfico II.6. La frecuencia de consumo de comida rápida es elevada en todos los grupos de edad. (Gráfico II.7.)[4]

Con relación a la percepción de consumo de sal, la mitad de la población (el 51,7%) considera que consume la cantidad justa y casi una tercera parte (el 31,1%) considera que consume poco. Un 10% de la zona urbana y un 11,3% de zona rural consideran que consume sal en exceso. [4]

Un 90,8% de la zona urbana y un 94,7% de la zona rural siempre agregan sal en el momento de cocinar sus alimentos. Un 4,4% en zona urbana y un 2% en zona rural, nunca lo hace. Cerca de un cuarto de la población (23,9%) refirió que agrega sal a su comida una vez que está servida en la mesa.[4]

• Organización de la respuesta

Una de las líneas de acción que encara la DVENT para abordar el problema de la dieta no saludable es la producción de información para medir la magnitud del problema y ayudar a la toma de decisiones. Los primeros informes son los aportados por la ENFR donde casi 24% de la población utiliza el salero en la mesa y el 10,3% que cree consumir en cantidad excesiva. A finales de 2013, la DVENT se encontraba diseñando un estudio para medir el consumo promedio de sal en gramos de la población general. La investigación permitirá establecer una meta nacional con relación al desafío de reducir la ingesta promedio de sal en los próximos años.

Una medida muy importante en ese ámbito fue la Resolución Ministerial N° 248/13, a través de la cual se reglamenta el contenido de sal en los productos panificados de consumo masivo. Esta normativa establece la reducción en un mínimo de 25% con relación a la cantidad agregada a dichos panificados, con el objetivo de lograr la meta de consumo de 5gr/día de sal. Promueve además el desarrollo de versiones reducidas en sodio de otros productos, así como el uso de INC en el etiquetado, relativas a la reducción y ausencia de sodio.

Para la implementación de esta normativa se conformó un comité de monitoreo y evaluación integrado por universidades públicas -específicamente la Facultad de Nutrición, Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Facultad de Ciencias Químicas-, junto a dependencias del MSPyBS, tales como el INAN, y la coordinación de la DVENT.

Los primeros pasos fueron acuerdos con la Asociación de Panaderos y la Asociación de Supermercadistas del Paraguay, además de convenios con varias universidades de cuatro departamentos para las estrategias de sensibilización y monitoreo.

Asimismo, en el 2013 se ha aprobado la Resolución Ministerial 557/2013, por la cual se establecen los procedimientos para el monitoreo externo en establecimientos elaboradores de sal yodada.

La respuesta del sector gubernamental en el área de la nutrición está orientada fuertemente a enfrentar el problema de la deficiencia de nutrientes en los primeros años de edad y durante el embarazo de la madre. Cómo ya se ha señalado previamente en el documento, el bajo peso al nacer es un factor preponderante para el desarrollo de factores de riesgo y ENT en la etapa adulta.

En ese sentido, uno de los principales logros es la promulgación en 2012 de la Ley Nº 4.698, de Garantía Nutricional en la Primera Infancia, aprobada en agosto de 2012.

Esta propuesta legislativa impulsada por el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) apunta a extender el Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) a todo el país para el año 2015. La ampliación del Programa permitirá la cobertura de asistencia alimentaria (2 kilos de leche en polvo fortificada mensuales) a 60.000 niños y niñas beneficiarios y 10.000 mujeres embarazadas durante el año 2013.

Por otra parte, la más reciente edición de las Guía Alimentarias del Paraguay 2012, promueve doce mensajes clave para una alimentación saludable y la figura de una "olla alimentaria", que representa los siete grupos de alimentos necesarios, utilizando productos nativos, disponibles y aceptados culturalmente en el país. Propone, por ejemplo, aprovechar la disponibilidad de las frutas según la época y el bajo costo, y preparar conservas o compotas en los meses de abundancia de frutas como guayaba, mango, mamón, banana y pomelo, entre otras, que en la mayoría de los casos se desperdician sin ser aprovechadas.[60]

Inactividad física

• Dimensión del problema

Se considera una persona inactiva a la que realiza menos de 150 minutos semanales de ejercicio de intensidad moderada o su equivalente. Esto representa al menos 30 minutos de ejercicio, 5 veces a la semana.[4]

La actividad física es fundamental para conservar la salud y prevenir las ECNT. Históricamente el tipo de trabajo agrícola y el traslado de un lugar a otro en bicicleta o a pie predominaban en el país. Sin embargo, la creciente urbanización amenaza con revertir rápidamente esa tendencia. [61]

Muchas ciudades en Paraguay no están adaptadas a los peatones, lo que aumenta la dependencia de los residentes urbanos en el transporte motorizado. La transición de un sector predominantemente agropecuario a un sector de servicios también conduce a grados inferiores de actividad en el trabajo.[62]

La inactividad física es el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad mundial. Un 6% de las muertes mundiales son atribuidas a la inactividad física. Solo la superan la hipertensión (13%) y el consumo de tabaco (9%), y la iguala la hiperglucemia (6%).[61]

Además, la inactividad física es la principal causa de aproximadamente un 21–25% de los cánceres de colon y mama, un 27% de los casos de diabetes y un 30% de los casos de cardiopatía isquémica.[62] Las personas físicamente activas tienen menor frecuencia de cardiopatía coronaria, hipertensión arterial, accidente vasculares cerebrales, diabetes, cáncer de colon y mama, y depresión; menos riesgo de caídas y fracturas vertebrales o de la cadera; más probabilidades de mantener un peso saludable.[4]

Porcentaje de población mayor de 15 años con insuficiente actividad física en Paraguay 59,7%

Fuente: ENRF ENT, 2011

La ENFR 2011 encontró que en Paraguay el nivel de actividad física en general es bajo en el 59,7% de las personas, especialmente en edades medianas de 35 a 54 años.[4] (Gráfico II.8.)

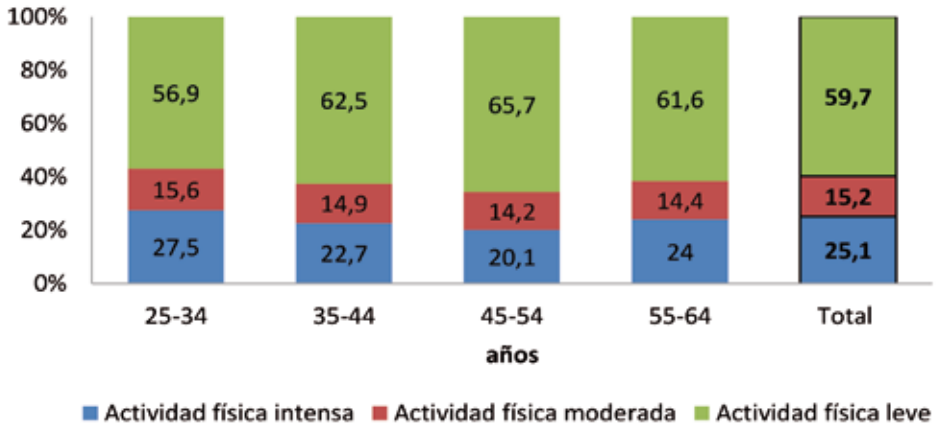
Se tuvo en cuenta la actividad física que se desarrolla durante la actividad laboral, durante el desplazamiento y en el tiempo libre.

En este análisis se evidenció que prácticamente la mitad de la población (45%) realiza un trabajo sedentario, con baja actividad física. No se registraron diferencias significativas entre los sexos, pero sí entre los diferentes grupos de edad.[4] (Gráfico II.9.)

Prácticamente en todos los grupos de edad y en ambos sexos el desplazamiento activo, ya sea a pie o en bicicleta, es infrecuente. En promedio, el 80% de la población declara que realiza una actividad física baja durante el desplazamiento.[4] (Gráfico II.10.)

Gráfico II.8.

Paraguay. Nivel de actividad física total, en ambos sexos. ENFR 2011



Finalmente, resulta importante puntualizar que la actividad física en el tiempo libre es sumamente rara en mujeres (12,6%) e infrecuente en hombres (38,2%). Asimismo, el promedio de tiempo que realizan actividad física en su tiempo libre es muy diferente entre los sexos. Mientras la media de los varones menores de 25 años es de una hora (61 minutos), en mujeres de esa edad es apenas de 16,2 minutos. Esta frecuencia se reduce significativamente con los años cumplidos.[4] (Gráfico II.11.)

En el caso de los varones es de aproximadamente 40, 30 y 14 minutos en las décadas entre los grupos de 25-34, 35-44 y 45-54 años. En las mujeres de la misma edad los promedios son de apenas 5, 3,5 y 3,3 minutos.[4]

• Organización de la respuesta

En el 2013 el MSPBS ha aprobado la Política de Promoción de la Actividad Física, con Enfoque en el Ciclo Vital. El documento plantea las acciones intersectoriales que deben ser emprendidas por diversos actores para afrontar este factor de riesgo determinante de ECNT.

Promueve además el trabajo en conjunto con la Secretaría del Deporte para diversas acciones, entre ellas, la implementación del Día Mundial de la Actividad Física.

Por otro lado, para fortalecer la capacitación de los médicos en el área se ha comenzado a realizar en el país cursos sobre prescripción de la actividad física. En el 2013 se desarrollaron doscursos, con la participación de cerca de 80 profesionales y están previstos otros en el 2014.

En este ámbito el MSPyBS ha elaborado proyectos que promueve el desplazamiento activo y estarán ejecutándose a partir del 2014. Entre ellos destaca el "Sendero saludable en universidades" y "Camino seguro a la escuela".

A fines de 2013 la Cámara de Diputados analizaba un proyecto de ley con el objetivo de promover el uso de la bicicleta como transporte alternativo, exigiendo a las instituciones públicas del Gobierno y las municipalidades que adecúen la infraestructura edilicia y el ordenamiento urbano para la práctica del ciclismo en sus tres facetas: como deporte, medio de transporte y actividad recreativa.[63]

Gráfico II.9.

Porcentaje de población que realiza baja actividad física en el lugar de trabajo. ENFR 2011

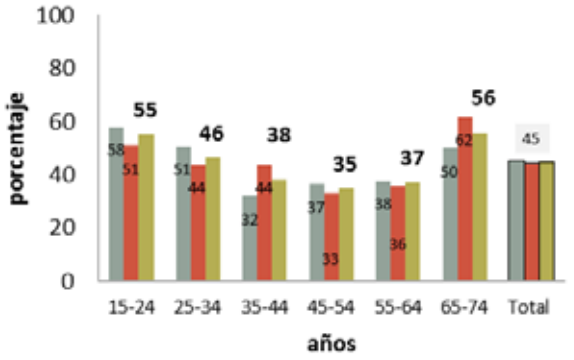


Gráfico II.10.

Porcentaje de población que realiza baja actividad física en el lugar de desplazamiento. ENFR 2011

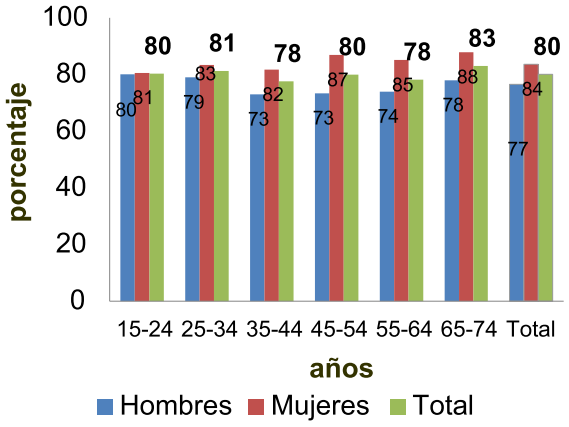
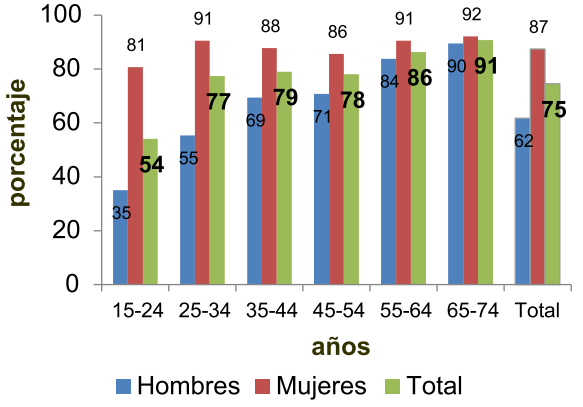


Gráfico II.11.

Porcentaje de población que realiza baja actividad física en el tiempo libre. ENFR 2011



Sobrepeso y obesidad

• Dimensión del problema

La obesidad y la prevalencia de sobrepeso están aumentando rápidamente en América Latina. Los cambios de estilo de vidarelacionados con el desarrollo socio-económico rápido, como una dieta más occidentalizada, la inactividad física, la urbanización, la migración rural-urbana y algunos factores materno-fetales han sido señalados como causa de este aumento.[64]

Además, los factores genéticos pueden tenerun papel en una mayor predisposición a acumular grasa abdominal y el desarrollo de síndrome metabólico. Este aumento de la obesidad y el síndrome metabólico está conduciendo a una mayor morbilidad y mortalidad debido a la diabetes tipo 2 y la enfermedad cardiovascular.[80]

En algunos países en vías de desarrollo, la obesidad coexiste con la desnutrición, lo que hace la situación aún más difícil. Una intervención global, tanto de los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, es necesaria. Ellos deben jugar un papel activo en el control del mercado de alimentos y facilitar las iniciativas comunitarias que promueven un estilo de vida saludable.

Porcentaje de población con obesidad en Paraguay 22,8%

Fuente: ENRF ENT, 2011

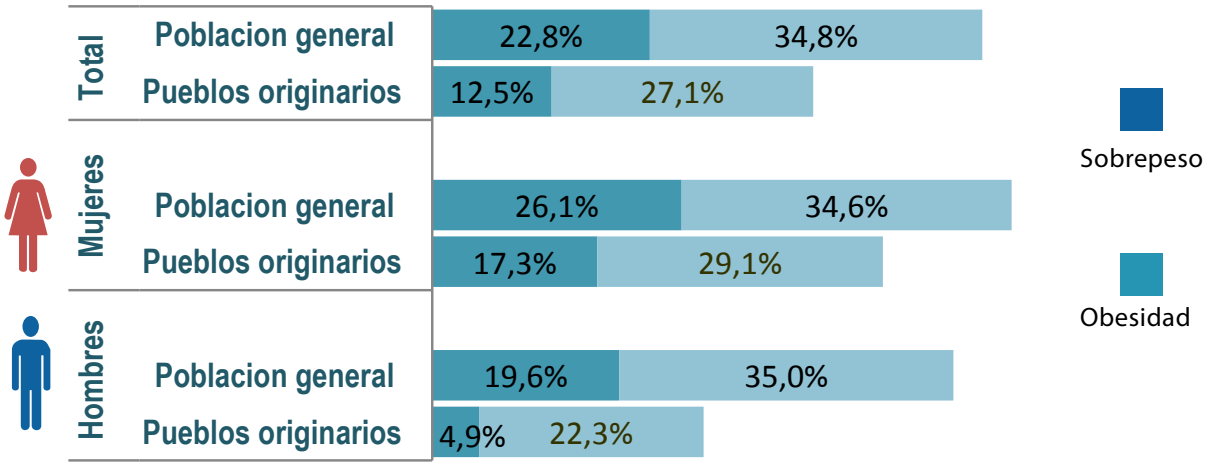
Paraguay es el país del MERCOSUR con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. En total, más de la mitad de la población (57,6%) tiene un índice de masa corporal elevado . De ellos, un 22,8% es obeso.[4]

La obesidad es más acentuada en mujeres. Una de cada cuatro mujeres paraguayas (26,1%) sufre de obesidad. En el caso de los hombres, el problema afecta a uno de cada cinco (19,6%).[4] (Gráfico II.12.).

En la población de los pueblos originarios el sobrepeso y obesidad es menos frecuente, pero

Gráfico II.12.

Porcentaje de población con sobrepeso y obesidad según sexo y grupo poblacional. ENFR 2011

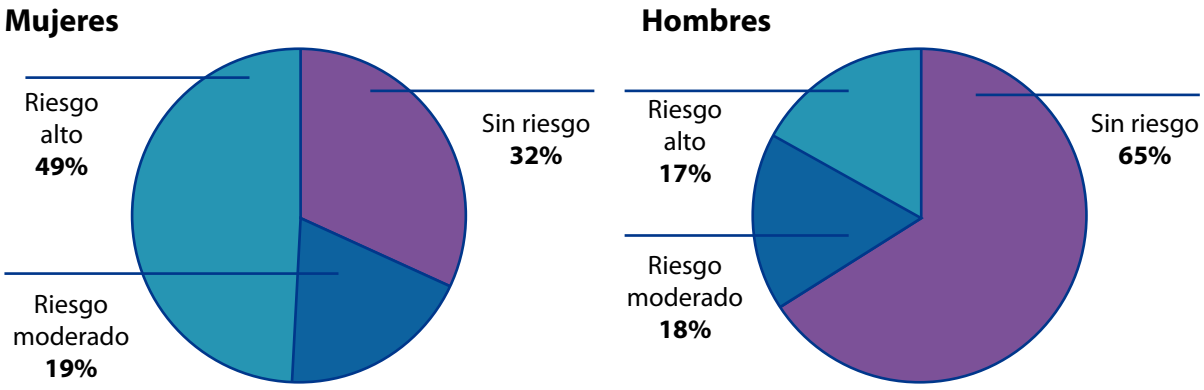


Fuente: MSPyBS. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2011

Sobrepeso es definido por un índice de masa corporal igual o superior al 25 kg/m2 y obesidad a 30 kg/m2.
En el caso de las mujeres una circunferencia abdominal de 80 a 87,9 cm constituye un riesgo moderado, y de 88 cm y más, un riesgo alto. En los hombres, una cintura de entre 94 y 101,9 cm representa un riesgo moderado, y de 102 cm y más, un riesgo alto.

Gráfico II.13.

Porcentaje de población según riesgo de circunferencia de cintura y sexo . ENFR 2011



también afecta a un importante porcentaje. Al igual que ocurre en la población general, las mujeres indígenas tienen significativamente más problemas de sobrepeso y obesidad que los hombres.[4]

En total, casi la mitad de las mujeres indígenas (47,2%) tiene sobrepeso u obesidad. En el caso de los hombres, sólo 28,4%.[4]

La obesidad abdominal es una característica asociada al riesgo cardiovascular. Cuando se presenta junto con la diabetes, el colesterol elevado y la hipertensión determinan el conjunto de factores de riesgo denominado síndrome metabólico. En Paraguay, la ENFR 2011 encontró que la mitad de las mujeres (49,2%) presentan una medida de circunferencia abdominal de alto riesgo y un 18,6%, de riesgo moderado. En el caso de los hombres, el 17,3% presentan riesgo alto y el 17,4% riesgo moderado. El porcentaje de población en riesgo alto y moderado tiende a aumentar con la edad (Gráfico II.13.).

La obesidad es un problema que también afecta a niños y adolescentes en Paraguay.

Datos del Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) revelan que un 8,4% de los escolares y adolescentes atendidos en servicios del MSPBS en el 2012 presentaron obesidad. Donde mayor porcentaje de obesidad se encontró fue en los departamentos de Caaguazú (14,6%), Ñeembucú (14%) y Asunción (13,8%).[42]

En el 2003, un estudio sobre el Síndrome Metabólico en niños y adolescentes en una población de Paraguay mostró que los niños y niñas con circunferencia abdominal alta tenían otros factores de riesgo, como resistencia a la insulina y presión arterial elevada.[66]

La obesidad en el embarazo es un problema extendido en Paraguay. En el año 2012, 30,1% de las embarazadas atendidas en servicios de salud pública eran obesas. Las regiones donde se encontró una prevalencia de obesidad más alta fueron Central, Asunción, Cordillera, Paraguarí, Ñeembucú, Misiones, Boquerón y Alto Paraguay.[42]

• Organización de la respuesta

En el 2013 el Congreso Nacional ha aprobado la Ley N° 4.959/2013, para la Prevención y Tratamientos de Trastornos de la Alimentación y sus Efectos Dañinos a la Salud. La misma establece la responsabilidad del sistema de salud de ofrecer tratamiento a las personas que padecen de obesidad.

De acuerdo a la ley, el MSPBS implementará cursos de capacitación y actualización destinados a incorporar esta problemática al sistema de salud, pudiendo establecer convenios de cooperación con entidades públicas y privadas especializadas en la materia. También el Ministerio de Educación y Cultura (MEC) deberá destinar recursos a la capacitación sobre esta problemática.

Además, el MSPBS deberá incluir en su presupuesto recursos específicos para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento clínico, los insumos farmacológicos, así como los tratamientos psicológicos y quirúrgicos relacionados con esta patología. En el sector del subsistema privado de medicina prepaga, la cobertura de cirugías será optativa.

Entre las intervenciones que se están ejecutando con el objetivo de prevenir el exceso de peso se citan las iniciativas de Empresas Saludables, Escuelas

Saludables y Comunidad Promotora de Estilos de Vida Saludable.

Actualmente 20 empresas públicas y privadas desarrollan el Proyecto Empresas Saludables para la práctica de un estilo de vida saludable. Asimismo, 22 nuevas localidadesse integraron al proyecto de Comunidad Promotora de Calidad de Vida y Salud con el objetivo de la prevenir los factores de riesgo como la alimentación inadecuada, inactividad física, consumo excesivo de alcohol y tabaquismo.

En los centros educativos donde se está implementado el proyecto de Escuelas Saludables se persigue incentivar estilos de vida saludables en toda la comunidad educativa a través de las siguientes acciones:

- Promover el consumo responsable de alimentos en la escuela.
- Generar un listado de alimentos saludables accesibles a cada institución.
- Promover la participación y compromiso de la comunidad educativa en la implementación del proyecto.
- Enseñar hábitos saludables de alimentación, de actividad física y salud bucal, evitando la malnutrición y sedentarismo.
- Asesorar a los concesionarios y dueños de kioscos escolares acerca de la venta de alternativas saludables.
- Instalar un proceso permanente de asesoría y capacitación sobre temas referidos a alimentación.

CAPÍTULO 3

Carga de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Carga de las enfermedades no transmisibles

Las Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes, Cáncer y Enfermedad Respiratoria Crónica son la causa de 3 de cada 5 muertes en Paraguay.

Anualmente se registran en Paraguay alrededor de 20.000 muertes por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). Casi 3 de cada 10 de estas muertes son prematuras, es decir, ocurren en personas menores de 70 años (Gráfico III.1.). Un 28,8% en el caso de hombres y 26,9% en el caso de mujeres.

La tasa de mortalidad (estandarizada por edad) para todas las enfermedades no transmisibles es más alta en hombres que en mujeres. Por cada 100.000 habitantes mueren anualmente 517 hombres y 395 mujeres debido a este tipo de enfermedad.[6]

En el año 2012 se registraron 3,9 defunciones por cada 1.000 habitantes para todas las edades. La carga porcentual de las diferentes causas se ha mantenido con pocas variaciones en los últimos años. Las principales ECNT se encuentran entre las cinco primeras causas de mortalidad: Enfermedades cerebrovasculares, Enfermedades isquémicas del corazón, Diabetes mellitus. Una carga importante la tienen los accidentes de transporte terrestres.[6] (Gráfico III.2. y Gráfico III.3.)

Gráfico III.1.

Paraguay. Muertes anuales por ENT

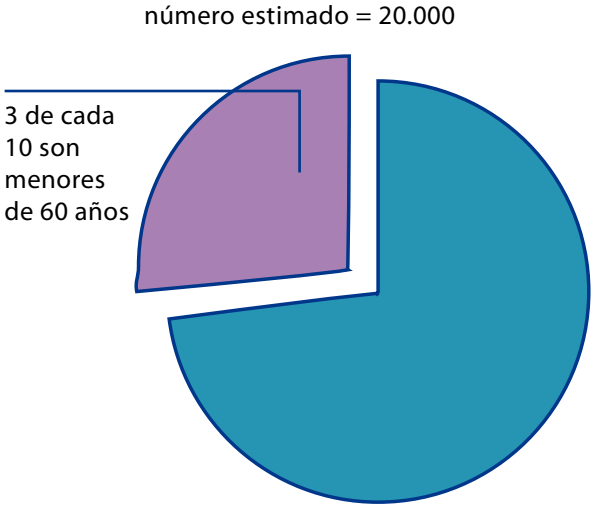
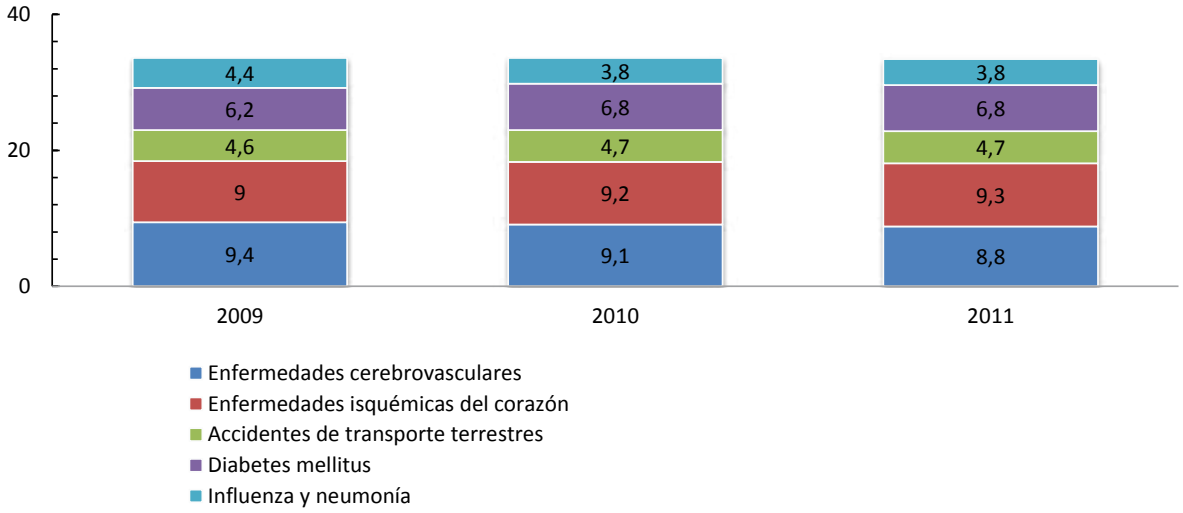


Gráfico III.2.

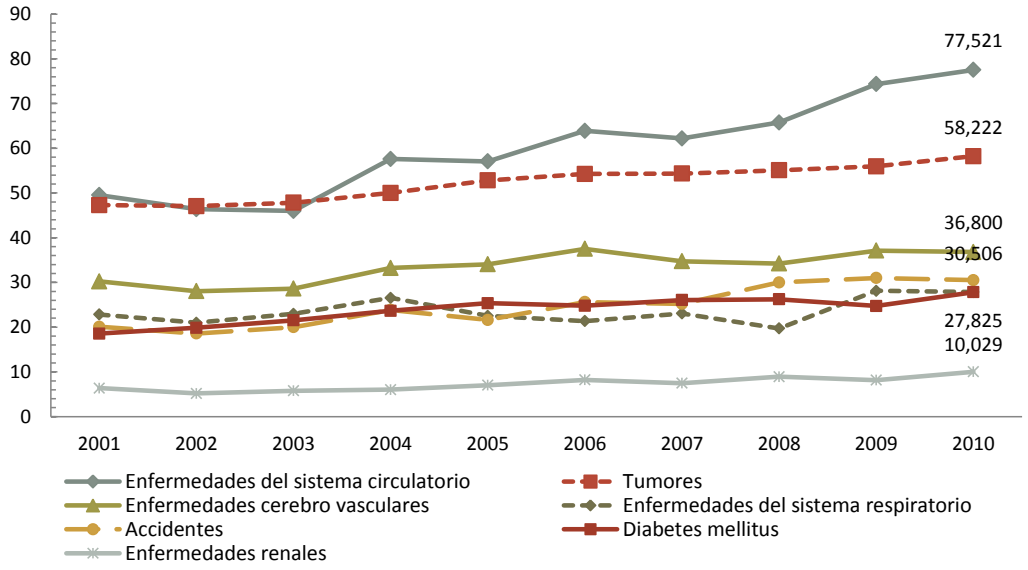
Paraguay. Distribución porcentual de las cinco principales causas de defunciones



Fuente: MSPyBS. IBS 2013

Gráfico III.3.

Paraguay. Tasa de mortalidad por ENT registradas 2001 - 2010 (por 100.000 habitantes)



Fuente: Bioestadística, 2011

Enfermedades cardiovasculares

• Dimensión del problema

Las Enfermedades Cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo y también en Paraguay. En 2010 murieron por esta causa unas 7.400 personas, lo cual representa un 28% de todas las muertes registradas en el país.[67]

Las principales son la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad cerebrovascular (Gráfico III.4.).

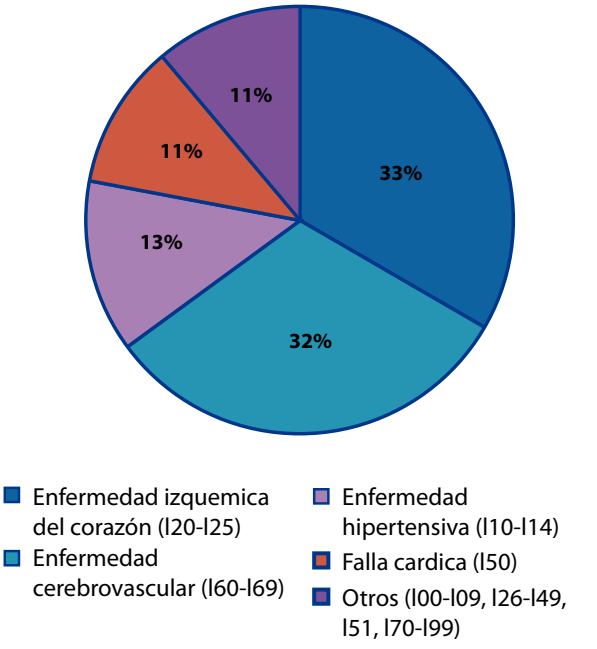
La mayoría de las enfermedades cardiovasculares pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo, como el consumo de tabaco, la dieta, la obesidad, la inactividad física, la hipertensión arterial y la diabetes.

Los principales factores de riesgo para la enfermedad isquémica del corazón son antecedentes personales y familiares de enfermedad coronaria, diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, tabaquismo, obesidad y sedentarismo.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular. Otros factores de riesgo son el abuso de alcohol y el sedentarismo.[68]

Gráfico III.4.

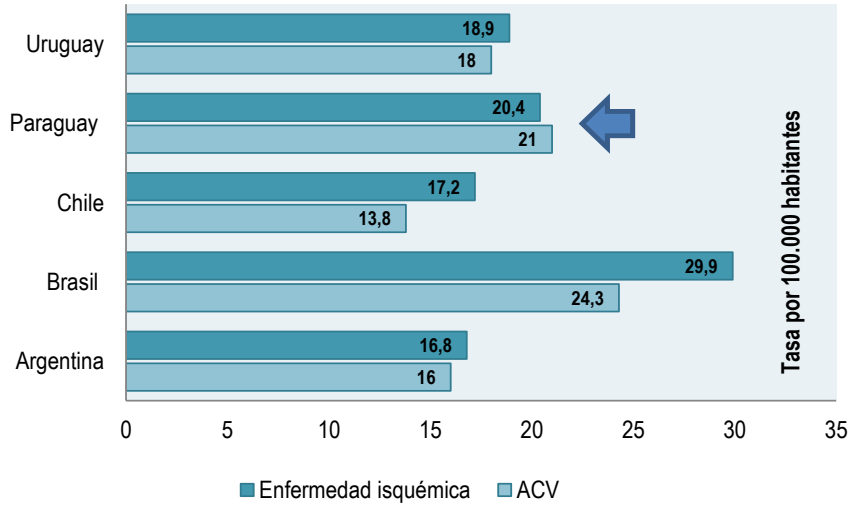
Paraguay. Muertes por enfermedades cardiovasculares, según causas (CIE-10). 2010



Fuente: Sistema de Información Regional, 2012. Observatorio regional de Salud. OPS/OMS.

Gráfico III.5.

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y ACV, 2011.



Prevalencia de hipertensión arterial en población mayor de 15 años en Paraguay

45,8%

Fuente: ENRF ENT, 2011

Fuente: Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en países del MERCOSUR y país asociado – Chile.

El grupo de trabajo para la vigilancia de ENT del MERCOSUR definió en 2010 indicadores trazadores según un modelo de factores de riesgo, morbilidad y desenlace. Como indicador de morbilidad se decidió vigilar la tasa de hospitalización por infarto agudo al miocardio y por accidentes cerebrovasculares (ACV).[49]

La tasa de hospitalización por ACV, fue más baja en Paraguay que en otros países de la región. Mientras Chile, Brasil y Uruguay registran tasas de 75,4 a 56,1 por 100.000 habitantes, en Paraguay fue de 18,6 por 100.000 habitantes. Este indicador podría estar reflejando dificultades en el acceso a la atención de salud. Esta hipótesis se refuerza al comparar la tasa estandarizada por edad de mortalidad por ACV. Paraguay no sólo tiene una de las tasas más altas de la región (21,0 por 100.000 habitantes) sino que además es el único país de la región donde las muertes por esta patología superan al del infarto agudo al miocardio.[49]

• Hipertensión arterial

A nivel mundial, la mitad de las muertes por accidentes cerebrovasculares y cardiopatías coronarias son atribuibles a la hipertensión.[67] Desde esta perspectiva, la hipertensión arterial puede ser vista tanto como una enfermedad en sí misma, como un factor de riesgo para desencadenar otras enfermedades.

En Paraguay, la hipertensión es un importante problema de salud pública. De hecho, es el país del MERCOSUR con prevalencia más alta.[49]

En la ENFR 2011 se encontró que un 45,8% de la población presenta presión arterial elevada. La extrapolación de estos datos a la población total supondría que existen unas 1.900.000 personas mayores de 15 años con hipertensión en Paraguay.

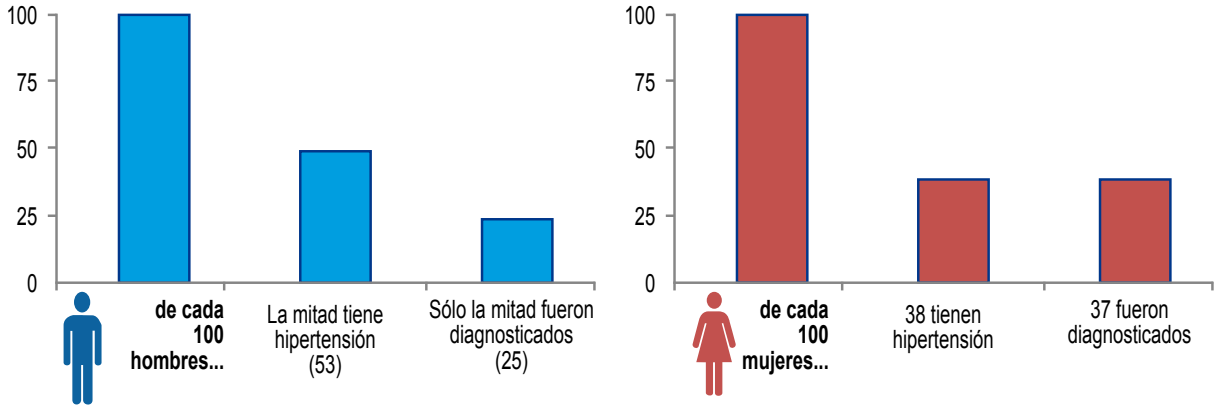
La proporción de personas con hipertensión es más elevada en grupos de mayor edad. Al analizar por sexos se encontró que la hipertensión es significativamente más elevada en hombres (52,9%) que en mujeres (38,3%).[4]

En la misma encuesta se encontró que los hombres están llamativamente más sub-diagnosticados que las mujeres. Mientras que un 93,1% de las mujeres reporta que alguna vez un profesional de salud le ha medido la presión arterial, sólo un 75,4% de los hombres lo hace.[4]

Definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg.

Gráfico III.6.

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón y ACV, 2011.



Fuente: ENRF, 2011

Más mujeres que varones (37,9% frente a 25,3%) fueron informadas en los últimos 12 meses por personal de salud de que padecían hipertensión arterial. Como se observa en el Gráfico III.6. el número de mujeres que tuvieron una medida de presión elevada durante la encuesta resultó muy similar al número de mujeres al que ya se le había informado sobre su hipertensión en el último año.[4]

En cambio en los hombres, esta situación es muy diferente. El número de hombres que habían recibido un diagnóstico de hipertensión en el último año fue apenas la mitad de los hipertensos varones detectados durante la encuesta.[4] (Gráfico III.6.)

En la población indígena, menos personas habían sido informadas de tener hipertensión (20% de la población total). También en este caso se observa una frecuencia más alta en mujeres que en varones (22,4% frente a 15,4%). No hay que perder de vista que la población de los pueblos originarios tienen por lo general menos oportunidades de acceso a los servicios de salud, lo que en parte influye en que menos personas accedan a un diagnóstico en caso de tener hipertensión.[4]

En cuanto al tratamiento, el mismo estudio reporta que solo el 49,7% de los conocidos hipertensos están en tratamiento farmacológico.

• Hipertensión y atención primaria

En el año 2012, las 707 Unidades de Salud de la Familia que funcionaban ese año tenían en segui-

Tabla III.1.

Paraguay. Número de pacientes hipertensos en seguimiento en Unidades de Salud Familiar. Año 2012

	Mujeres	Hombres	Total
Concepción	2.088	1.174	3.262
San Pedro	17.898	10.983	28.881
Cordillera	18.148	12.900	31.048
Guairá	6.414	3.151	9.565
Caaguazú	9.064	5.481	14.545
Caazapá	4.809	2.439	7.248
Itapúa	22.624	13.525	36.149
Misiones	14.837	7.213	22.050
Paraguarí	30.532	18.058	48.590
Alto Paraná	11.725	6.457	18.182
Central	60.575	33.621	94.196
Ñeembucú	13.028	8.319	21.347
Amambay	1.796	500	2.296
Canindeyú	7.322	5.304	12.626
Pdte. Hayes	2.126	1.161	3.287
Boquerón	s/d	s/d	s/d
Alto Paraná	1.454	589	2.043
Asunción	17.808	9.619	27.427
TOTAL	**242.248**	**140.494**	**382.742**

Fuente: Informes mensuales de actividad. Dirección General de APS, 2013

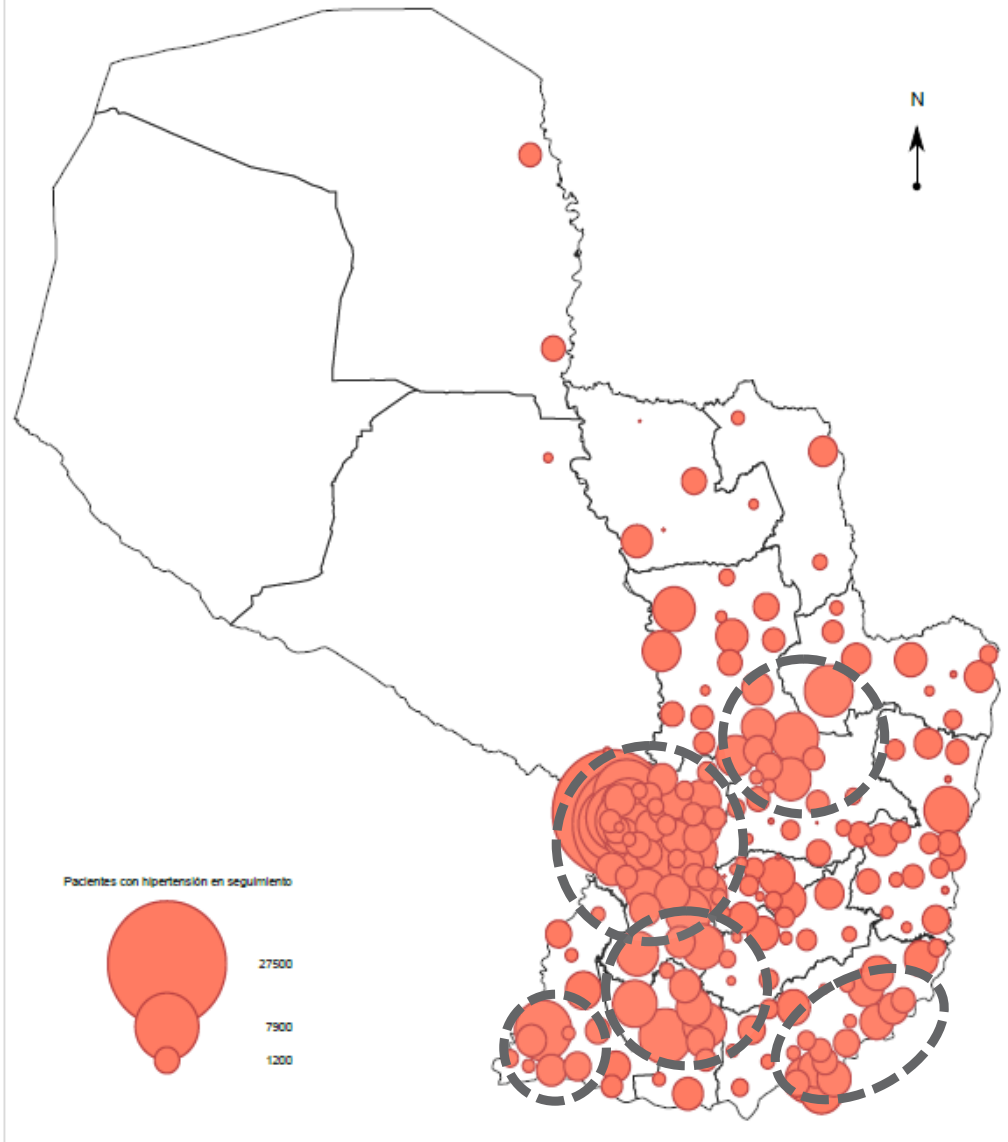
miento a cerca de más de 380.000 pacientes con hipertensión, de los cuales un 60% eran mujeres y un 40% varones. (Tabla III.1.).

Asunción y Central concentran un alto porcentaje del total de pacientes que acuden a servicios de Atención Primaria de Salud, lo que se relacionaría con el mayor número de población y mayor oferta de servicios en esta zona geográfica.

Se observa, por otra parte, que departamentos de tamaño poblacional mediano como Paraguarí, Misiones, Ñeembucú y Cordillera registran un número importante de casos de hipertensión en seguimiento (Gráfico III.7.). Esto podría estar asociado a la estructura demográfica de estas regiones, donde existen más cantidad porcentual de adultos mayores.

Gráfico III.7.

Paraguay. Número de pacientes hipertensos en seguimientos en Unidades de Salud Familiar, por distrito. Año 2012



Fuente: Informes mensuales de actividad. Dirección General de APS, 2013

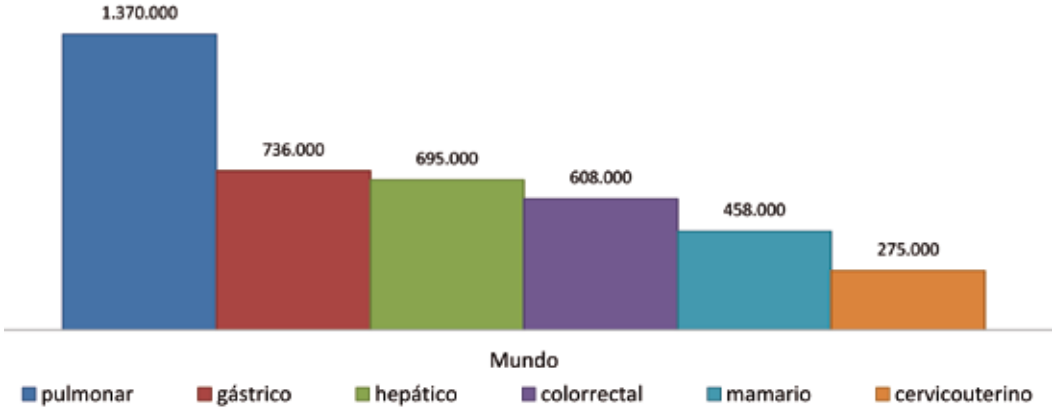
Cáncer

• Dimensión del problema

El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. Los cánceres de pulmón, estómago, hígado, colon, mama y el cervicouterino son los que más muertes causan por año.[69] (Gráfico III.8.)
Unas dos terceras partes de los factores causales del cáncer son prevenibles. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a factores de riesgo tales como el consumo de tabaco y consumo de alcohol, la obesidad, y posiblemente también la ingesta reducida de frutas, verduras y la falta de actividad física.[70]
La exposición a humo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general. El tabaco está asociado a múltiples localizaciones de cáncer como: pulmón, laringe, cavidad oral, faringe y esófago, vejiga, páncreas, cuello uterino, riñón, estómago, entre otras. Específicamente, está considerada la causa principal del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón.[69] (Gráfico III.9.)
Los diferentes tipos de cáncer tienen asociados una serie de factores de riesgo como se puede observar en la Tabla III.2.
Los cánceres causados por **infecciones víricas**, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papilomavirus humano (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.[69]
A nivel mundial, el 19% de todos los cánceres son atribuibles al **medio ambiente**, en particular al entorno laboral, lo que supone 1,3 millones de muertes cada

Gráfico III.8.

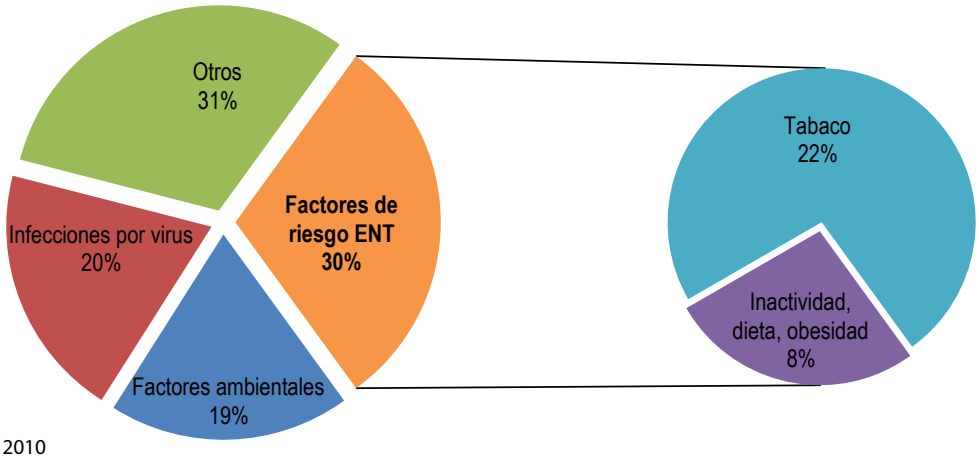
Estimaciones mundiales. Número de defunciones por cáncer.



Fuente: OMS, 2010

Gráfico III.9.

Estimación mundial. Factores causales asociados al cáncer.



Fuente: OMS, 2010

año. La OMS ha clasificado 107 sustancias, mezclas, y situaciones de exposición como carcinógenas para el ser humano. Entre las fuentes más comunes se cita la contaminación del aire de las ciudades y el humo generado en la vivienda por la quema de combustibles sólidos.90

La **contaminación del aire** causó a nivel mundial 165.000 muertes por cáncer de pulmón en 2004 (65% por la contaminación del aire exterior; 22% debido a combustibles sólidos utilizados para cocinar y calentarse; 13% por tabaquismo pasivo). 90Como se detalló en el capítulo anterior, la población de Paraguay está altamente expuesta a estos factores.

La **exposición a los rayos solares** es otro factor de riesgo. Se estima que las radiaciones ultravioleta causaron en 2002 unas 60.000 muertesen el mundo.[69]

El **envejecimiento** es otro factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta muchísimo con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer.[69]

En Paraguay en el 2010 los tumores ocasionaron un total de 3.800 muertes, lo representa un 14% del total de los decesos registrados en el país ese año. Un 35% de estas personas fallecidas eran menores de 60 años. [6]

Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer. En Paraguay la tasa de mortalidad por cáncer (estandarizada por edad) es más alta en hombres que en mujeres. Por cada 100.000 habitantes mueren anualmente 133 hombres y 98 mujeres debido a este tipo de enfermedad.[6]

En comparación con otros países del MERCOSUR, Paraguay tiene la tasa estandariza por edad más baja: **44,5 muertes** registradas por cada 100.000 habitantes (en menores de 70 años). Uruguay prácticamente dobla esta cifra con 86,6 muertes por 100.000 habitantes. Estas cifras podrían estar influenciadas por la calidad de diagnóstico en el certificado de defunción.[49]

Paraguay presenta la tasa estandarizada por edad más alta por cáncer cérvico- uterino, con 8,2 por cada 100.000 mujeres, mientras que en el resto de los países ésta es aproximadamente de 4,3 por cada 100.000 mujeres.[49] (Gráfico III.10)

El tamizaje para detectar cáncer en etapa temprana está poco extendido en el país.

La ENFR 2011 encontró que sólo el 14,4% de la población se ha realizado un examen de sangre oculta en heces para tamizaje de cáncer de colon.[4]

En relación a la colonoscopía se encontró que sólo el 3,6% de la población se ha realizado este examen para detectar cáncer de colon. El porcentaje fue más elevado en mujeres que en hombres (4,5% frente a 2,7%). En los adultos mayores de 65 a 74% años el porcentaje fue más elevado, pero aun así, apenas llegó al 10,9%.[4]

Tabla III.2.

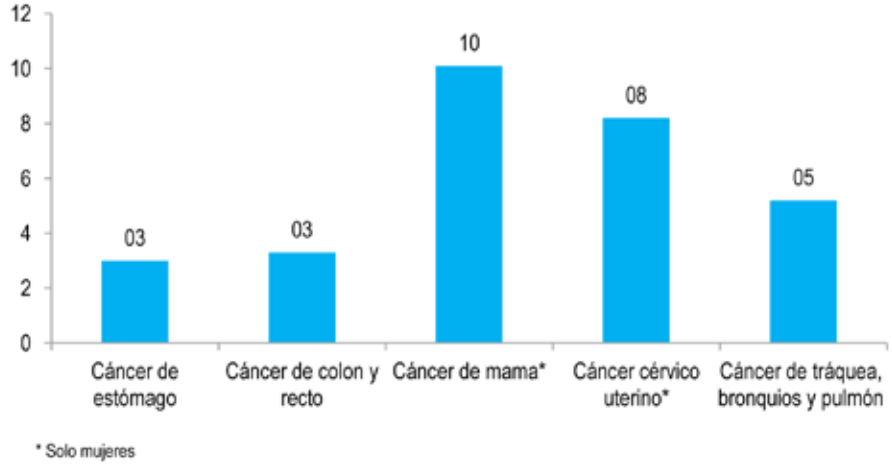
Factores de riesgo por tipo de cáncer

Cáncer cérvico uterino	antecedentes familiares y genéticos infección por virus papiloma humano otros 87
Cáncer de mama	antecedentes familiares y genéticos menarquía precoz menopausia tardía edad madura para el primer parto uso de anticonceptivos orales tratamientos de sustitución hormonal consumo excesivo de alcohol obesidad sedentarismo 88
Cáncer de colon y recto	antecedentes familiares presencia de pólipos en el colon enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) dieta rica en grasas bajo consumo de frutas y verduras 89
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	exposición al humo de tabaco, tanto como fumador activo como pasivo exposición a inhalantes carcinogénicos (asbesto, radón, arsénico, sílice, cromo, humo de leña y otros) antecedentes familiares de cáncer de vías respiratorias factores asociados a la dieta consumo de alcohol 90
Cáncer de piel	Exposición a los rayos solares Uso de camas solares

En el caso del examen de próstata para detectar cáncer de próstata, apenas el 9,5% de los hombres se habían realizado este examen. En el grupo de hombres de 55 a 64 años el porcentaje fue de 20,9%, y en el de 65 a 74 años fue de 38,6%.[4]

Gráfico III.10.

Paraguay. Muertes anuales por 100.000 habitantes (Tasa estandarizada por edad para comparar con países del MERCOSUR)



Fuente: Observatorio regional MERCOSUR, 2010

En población indígena, estos estudios son todavía menos frecuentes. Sólo el 1,4% de la población encuestada en la ENFR Indígena 2011 se había realizado el estudio de sangre oculta en heces. Apenas el 0,3% de la población indígena encuestada se había realizado una colonoscopía y el 1,2% de los hombres indígenas había tenido acceso a un estudio de próstata.[50]

Cerca de un 75% de las mujeres refirió haberse realizado la prueba de papanicolau (PAP) para detectar lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Un 41,9% refirió haberse realizado la prueba en el último año. Un 10,9% entre 1 y 2 años atrás, y un 22,6% hacía más de dos años.[4]

En el caso de autoexamen de mamas se encontró que el 32,8% de las mujeres de 15 a 74 años se habían autoexaminado alguna vez. Asimismo, un 11,7% de las mujeres se había realizado un examen de mama hacía un año o menos.[4]

En la población indígena se encontró una gran inequidad con respecto al acceso a pruebas de tamizaje. El 73,6% de las mujeres indígenas nunca se realizó un estudio de Papanicolaou, el 96,8% nunca se realizó un examen de mama por parte de un profesional y el 96,9% nunca se realizó una mamografía.[50]

• Organización de la respuesta

Para enfrentar el cáncer como problema de salud pública se requieren acciones tanto en medicina de alta complejidad, como en la prevención y el diagnóstico precoz. Desde el 2008 se han habilitado centros para la toma de PAP en las 18 Regiones Sanitarias.

Una deuda pendiente era el diagnóstico del cáncer de mama, que afecta a 1 de cada 8 mujeres. En el 2012 se adquirieron 10 mamógrafosque comenzaron a ser distribuidos en todas las regiones sanitarias. No obstante, parte de los equipos no pudieron ser puestos en funcionamiento porque el sector de la salud pública no cuenta con suficiente personal entrenado en el uso de estos equipos médicos. Proyectos en curso plantean la habilitación de clínicas móviles y el uso de telemedicina.

En el año 2013, se habilitó un Laboratorio de Anatomía Patológica y Citología del área metropolitana. En el caso de la atención especializada, en el Instituto Nacional del Cáncer se han incorporado recursos humanos para ofrecer servicios de quimioterapia en doble turno. Se adquirió además un acelerador lineal. Constituye el único equipo disponible en el sector público, por lo que los tiempos de espera para el acceso al tratamiento son excesivos.

Con respecto a la prevencióndel cáncer, en el 2012 se introdujo la vacuna contra el HPV para proteger a las niñas preadolescentes (10 y 11 años) contra el cáncer de cuello uterino. Para junio de 2013 se había alcanzado una cobertura de 76% de promedio país de la segunda dosis de la vacuna en la primera cohorte de niñas vacunadas.

Otra iniciativa fue la creación del Programa Nacional de Control del Cáncer (Pronac), cuyo más reciente plan de acción aprobado en el 2013 tiene como objetivo reducir la prevalencia de los factores de riesgo; disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Diabetes

• Dimensión del problema

En el mundo se observa una sostenida tendencia al aumento del número de personas con diabetes. Se estima que 371 millones padecen la enfermedada nivel mundial, 4 de cada 5 de los afectados viven en países de medianos o bajos ingresos, y la mitad de los ellos ignora que tiene la enfermedad.[71]

Además de la carga genética, el sobrepeso, la dieta poco sana, la inactividad física, la hipertensión arterial, la mala nutrición durante el embarazo son factores que han sido asociados a la diabetes tipo 2. Es por ello que se considera que un abordaje integral del cuidado desde la atención primaria de salud puede prevenir la aparición de la diabetes o retrasar su aparición.

En Paraguay, un 9,7% de paraguayos y paraguayas fueron informados alguna vez por personal de salud de que padecían diabetes. En el caso de las mujeres es el 11% y en el caso de los varones el 7,9%.[4]

Representa un incremento, considerando que en una encuesta realizada en 1992 había estimado que la prevalencia de la diabetes en Paraguay era del 6,5%.[4]

A nivel nacional existen alrededor de 640.000 personas que fueron informadas de tener diabetes, de las cuales 370.000 son mujeres (58%) y 270.000 son hombres (42%). [4]

Al considerar las tasas de mortalidad estandarizadas por edad se observa que Paraguay tiene la tasa más alta en la región, con 16,1 muertes por 100.000 habitantes en Paraguay. [49] (Gráfico III.11.)

• Organización de la respuesta

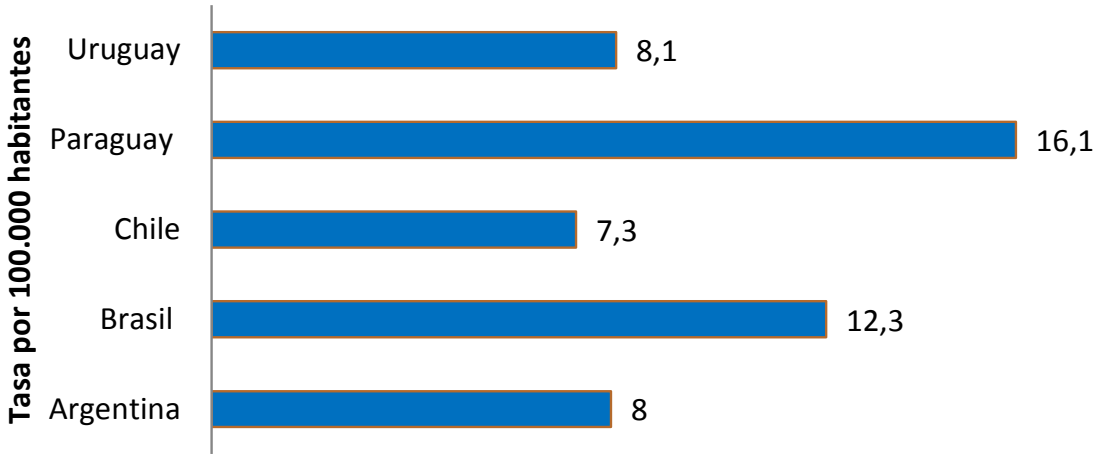
El Programa Nacional de Control de la Diabetes se creó en Paraguay en el año 1994, y fue ratificada através de la Ley de Diabetes N° 2035 del año 2002. Actualmente es dependiente de la DVENT. La ley garantiza la provisión de insulina y de todos los elementosnecesarios para su administración y autocontrol, y antidiabéticos orales en forma gratuita para las personas con diabetes de escasos recursos.

Además se establece que deberá implementarse un registro nacional de diabetes a los efectos de tener un conocimiento acerca de la incidencia y prevalencia de la enfermedad, así como sus complicaciones, el tratamiento empleado y la calidad de vida de las personas con diabetes. En materia de educación, los programas de educación escolar deberán incluir conocimientos acerca de nutrición y diabetes, y en los servicios de salud se deberán promover programas de educación a los pacientes.

Con respecto a la atención de los pacientes en la Atención Primaria de Salud, de acuerdo al reporte de las Unidades de Salud de la Familia (USF) en el 2012 unas 85.000 personas con diabetes seguían su tratamiento en

Gráfico III.11.

Tasas estandarizadas por edad de mortalidad por diabetes (menores de 70 años), 2011



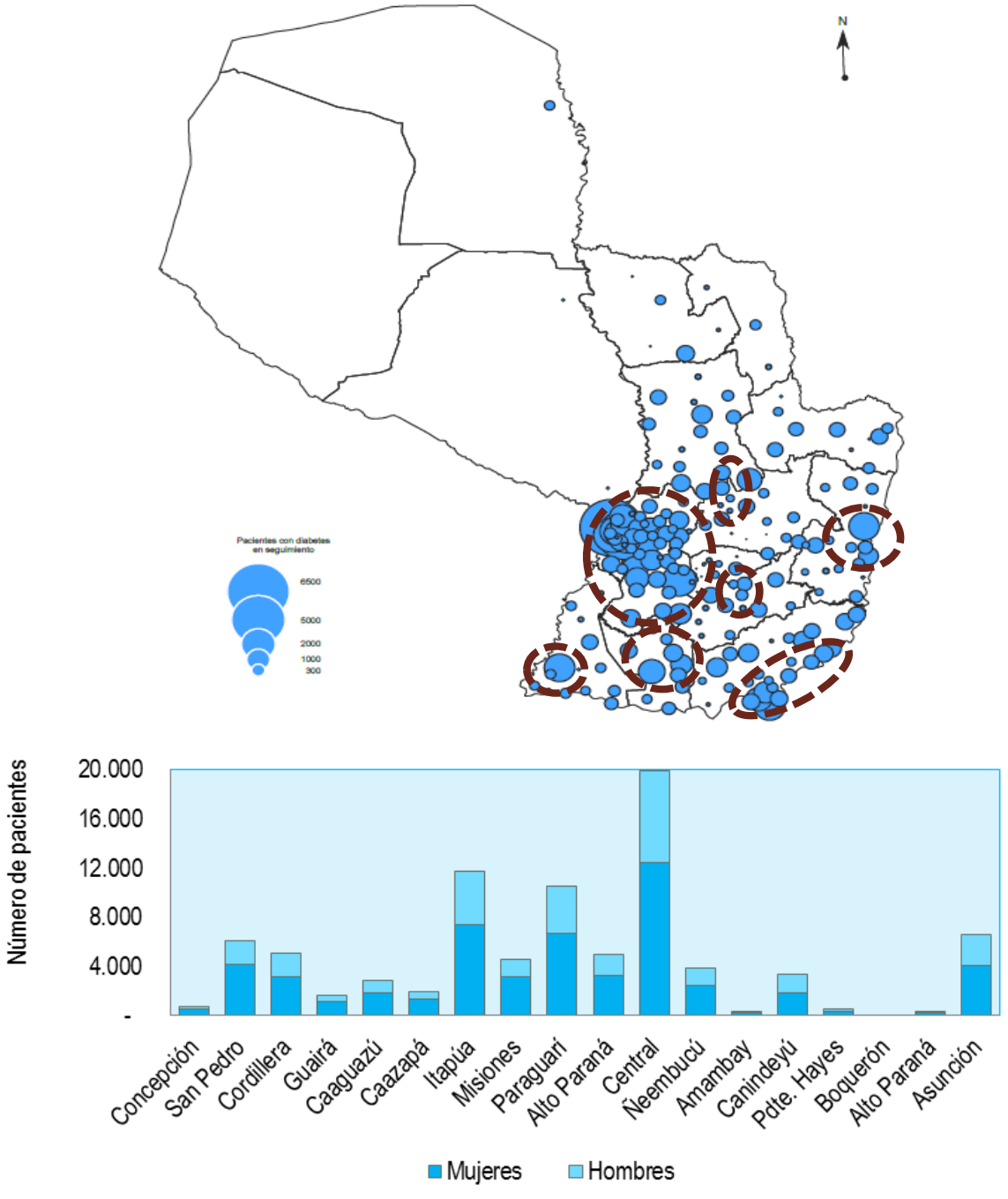
Fuente: Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en países del MERCOSUR y país asociado – Chile.

estos establecimientos de la red de servicios. Representa un 13% del total de diabéticos estimado a nivel país.

El principal número de personas con diabetes en seguimiento en las USF se concentra en la zona metropolitana de Asunción, Central, Paraguarí y Cordillera. También hay un número importante en Alto Paraná e Itapúa. Proporcionalmente a su población es elevado el número de pacientes bajo seguimiento en Misiones y Ñeembucú (Gráfico III. 12.).

Gráfico III.12.

Paraguay. Números de pacientes diabéticos en seguimiento en unidades de Salud Familiar, por distrito. Año 2012



Fuente: Informes mensuales de actividad. Dirección General APS, 2013

Enfermedades respiratorias crónicas

• Dimensión del problema

Las enfermedades respiratorias crónicas constituyen una importante carga de enfermedad entre las ECNT. Entre ellas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales. Se calcula que en 2004 hubo 64 millones de personas en el mundo con EPOC y más de 3 millones de ellas murieron. Aproximadamente un 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.[72]

La principal causa de la EPOC es el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). También son factores de riesgo la contaminación del aire en espacios cerrados, la contaminación exterior, los alérgenos y la exposición a riesgos ocupacionales como el polvo y productos químicos.[72]

A nivel mundial, la tasa de mortalidad por EPOC (estandarizada por edad) es más del doble en hombres que en mujeres. En el mundo, por cada 100.000 habitantes mueren anualmente 24 hombres y 10 mujeres.[72]

En el MERCOSUR las cifras registradas son mucho más bajas (posiblemente en parte debido a problemas en los registros de mortalidad). Las mayores tasas estandarizadas por edad las presentan Argentina y Uruguay (7,8 y 7,5 por 100.000 habitantes, respectivamente) y las más bajas Paraguay y Chile (3,2 y 3,1 por 100.000 habitantes, respectivamente).[49] En Paraguay las muertes por EPOC presentaron un considerable aumento durante los últimos 5 años, el número total de muertes registradas en el año 2013 se aproxima a los 500 casos, más de dos veces el número de muertes del año 2009 que corresponde a 199 casos (Grafico III. 13.). La mortalidad por EPOC en hombres es 4 a 5 veces mayor que en mujeres. (Grafico III. 14.).[72]

Organización de la Respuesta

Durante el año 2014, por Resolución del Ministerio de Salud y Bienestar Social N° 347, se crea el Programa Nacional de Enfermedades Respiratorias Crónicas, programa que depende de la Dirección Nacional de Enfermedades No Transmisibles. Este programa está destinado a la reducción de la morbilidad y mortalidad por Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) en la población adulta de nuestro país, enfocándose principalmente a la EPOC y su factor de riesgo principal, el tabaquismo. Por la misma resolución se crea la Unidad de Control del Tabaquismo, la cual se orienta específicamente al monitoreo y vigilancia del tabaquismo en el país. De esta manera, las medidas se aproximan progresivamente a las demandas del Convenio Marco de Control del Tabaco (CMCT) de la OMS. En la misma línea se están trabajando en sistemas de registros hospitalarios y de consultas para poder estimar de manera más precisa la carga de las enfermedades respiratorias crónicas, así como también en normativas para la regulación y control del comercio y consumo del tabaco en el país.

Gráfico III.13.

Número de defunciones de las 5 principales Enfermedades Respiratorias Crónicas. 2009 -2013

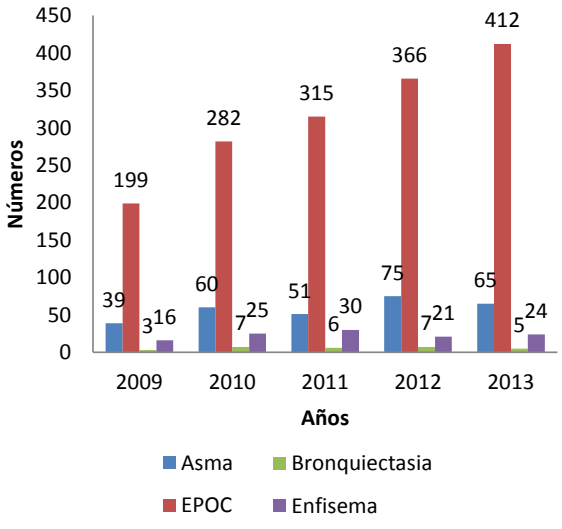
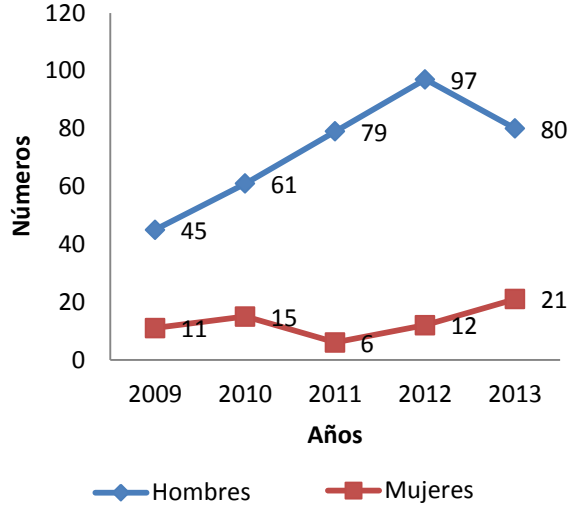


Gráfico III.14.

Número de defunciones de las 5 principales Enfermedades Respiratorias Crónicas. 2009 -2013



Otras enfermedades crónicas no transmisibles

• Enfermedad Renal Crónica

La enfermedad renal crónica afecta a entre el 5 y 7% de la población mundial y es más común en los países en desarrollo. Su prevalencia está considerada como un reflejo de malos resultados en el control de otras ECNT. [73]

La hipertensión y la diabetes son las dos causas más comunes de la insuficiencia renal crónica. Por tanto, centrar las acciones en la prevención y control efectivo de estas dos patologías, necesariamente repercutiría en una menor carga de las enfermedades renales. [73]

En su estadío avanzado requieren tratamiento de hemodiálisis o trasplante renal, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida, años de vida perdidos y costos crecientes.

En Paraguay los pacientes que se encuentran bajo el régimen de la seguridad social tienen una cobertura integral para diálisis y transplante a excepción de los estudios de histocompatibilidad sanguínea. El resto de los pacientes están cubiertos, parcialmente, por el Instituto Nacional de Nefrología y entidades benéficas.[74]

Hasta el año 2007, la capacidad del MSPBS en la atención de hemodiálisis era de 78 pacientes, en 3 centros de hemodiálisis. Entre el 2008 y el 2012, se aumentó a 9 centros de atención, para dar respuesta a 600 usuarios.

El Instituto de Previsión Social presta atención a aproximadamente 270 pacientes renales, el Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad Nacional a 40 pacientes, mientras que 70 pacientes se dializan en centros privados de ciudades vecinas de Argentina y Brasil.

En el 2008 se implementó el Programa de Trasplantes mediante alianzas público-públicas y público-privada, lo que permitió ir incrementando progresivamente el número de trasplantes de órganos realizados. En el 2008 fueron en total 68. Eso subió a 114 en el 2009, especialmente por la realización del doble de trasplantes renales, que ese año llegó a 56 intervenciones. Entre el 2010 y el 2012 el número de trasplantes de órganos por año fue de 72, 96 y 180. En el primer semestre de 2013 se habían realizado 46 trasplantes.

Urge la necesidad de instalar la cultura de donación de órganos en el país. En los demás países hay un promedio de 30 donantes por millón, mientras que, en Paraguay, es sólo de 6 donantes por millón. A mediados de 2013 existían 10 pacientes en la lista de espera de un trasplante de corazón, 600 pacientes en la espera de un trasplante de riñón, 25 de hígado y 100 de córneas

• Problemas de salud mental

La ENFR 2011 indagó sobre la ocurrencia de cuadros depresivos, y violencia intrafamiliar en la población general, como indicadores de aproximación a la situación de salud mental.

Los datos revelan que el 33,6% de la población había padecido alguna vez en su vida síntomas de depresión, tales como tristeza, pérdida de interés por cosas que antes le agradaban, pérdida de apetito, dificultad para dormir y desesperanza. Este porcentaje fue significativamente más elevado en mujeres, con 42,1%; mientras que en los hombres se reportó en 25,2% de los casos.[4]

Por otra parte, un 25% de los adultos que participaron de la encuesta afirmaron haberse sentido humillado, maltratado o agredido físicamente por parte de una persona cercana o familia. El porcentaje fue significativamente más elevado en mujeres (32,1%) que en hombres (18%).[4]

Finalmente, un 22,3% de la población declaró que alguna vez fue violento dentro de su núcleo familiar, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres.[4]

Con respecto a la población indígena, la ENFR encontró que el 31,6% de la población encuestada presentó síntomas de depresión y el 30,1% fue víctima de violencia familiar alguna vez.[50]

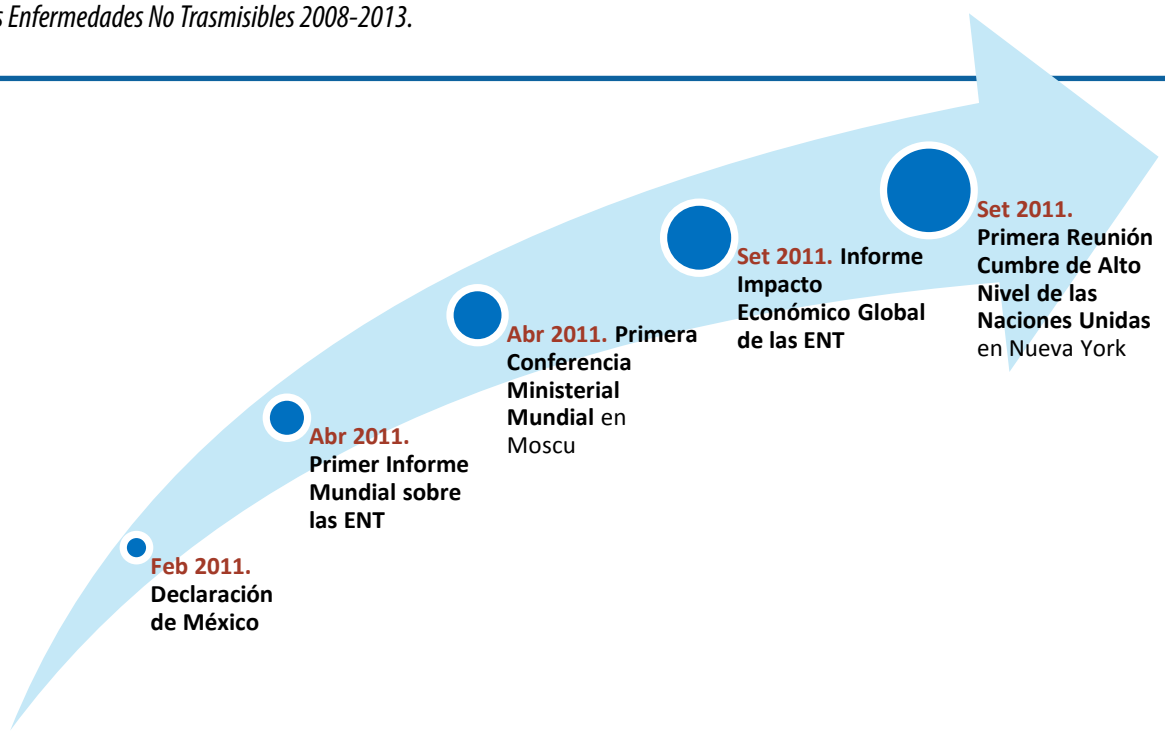
En Paraguay el Programa de Salud Mental apunta desde el año 2007a descentralizar la atención y orientarla hacia la salud comunitaria. Los esfuerzos todavía presentan modestos resultados debido a las limitaciones de recursos y a la escasez de profesionales especialistas contratados en el sector público. No obstante, la habilitación de servicios de salud mental en algunas regiones sanitarias y algunos proyectos piloto implementados en USF, representan pequeños avances frente a la situación existente diez años atrás, cuando la única oferta de atención estaba centrada en el Hospital Psiquiátrico, con un enfoque de atención institucionalizada.

CAPÍTULO 4

Respuesta mundial, regional y local a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Marco Internacional de respuesta a las ENT

La preocupación del impacto que las Enfermedades No Transmisibles ha irrumpido en la agenda internacional fuertemente en los últimos cinco años, desde que en 2007 se aprobó el Plan de Acción de la Estrategia Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Trasmisibles 2008-2013.



El año más importante fue sin duda el 2011, cuando tuvieron lugar varios eventos significativos que contribuyeron a posicionar el tema a nivel mundial, y que culminaron con la Declaración Política de las Naciones Unidas. [75]

En febrero de 2011, los ministros de salud de la Región de las Américas firmaron la Declaración de México, donde se acordó promover el reconocimiento de la creciente incidencia e impacto socio económico asociada a la alta prevalencia de las ENT en las Américas y ratificar el compromiso para fortalecer y/o reorientar las políticas y programas de prevención y control de las ENT mediante la priorización de las intervenciones costo-efectivas que tienen mayor impacto acorde a la evidencia científica.

En abril de 2011 la Organización Mundial de la Salud publica el Primer Informe Mundial sobre las ENT 2010.1 El estudio revela que los países de ingresos bajos podrían aplicar un conjunto básico de estrategias para prevenir y tratar el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas por tan solo US$ 1,20 por persona al año. [76]

En esa misma fecha, tuvo lugar la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre modos de vida sanos y lucha contra las enfermedades no transmisibles, en Moscú.

En septiembre de 2011 se realizó en Nueva York la Primera Reunión Cumbre de Alto Nivel sobre las repercusiones de estas enfermedades en la salud y el desarrollo, convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En esa oportunidad los mandatarios del mundo firman un acta de compromiso de encarar acciones sobre esta problemática.

Ese mismo mes, el Foro Económico Mundial y la Escuela de Salud Pública de Harvard publican un informe sobre el Impacto Económico Global de las Enfermedades No Trasmisibles.

Las declaraciones y compromisos políticos resultantes de estos eventos internacionales, y la evidencia recogida en esos reportes mundiales, crearon acuerdo en la necesidad de poner en relieve la magnitud y el impacto socioeconómico de las ENT, examinar experiencias internacionales en prevención y control de ENT y fortalecer iniciativas mundiales y nacionales para prevenir y brindar tratamiento a las ENT.

Marco Regional de respuesta a las ENT

En octubre de 2013 en el marco de la 52° reunión del Consejo Directivo de la OPS, los ministros de salud de las Américas aprobaron el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las ENT 2013 - 2019. El plan regional había sido solicitado por los Estados Miembros en el 2010, después de que el informe de progreso sobre Estrategia y Plan de Acción de ENT 2006, evidenciara los logros obtenidos, así como la necesidad de adaptación a nuevas circunstancias, incorporando retos de un abordaje multisectorial.

El documento hace mención a la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT, en la que se reconoce que la carga y la amenaza mundiales de estas enfermedades constituyen uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI.

El citado plan se enmarca en la Estrategia para la Prevención y el Control de las ENT 2012-2025 y el Plan de Acción Mundial de la OMS para las ENT 2013-2020. Sirve como punto de referencia para monitoreo de prevención y control de ENT a niveles sub-regionales y nacionales. Para ello propone utilizar el marco de vigilancia propuesto por la OMS, que comprende nueve metas mundiales voluntarias y 25 indicadores, incluida una meta mundial de una reducción del 25% de las muertes prematuras por ENT para el 2025.

Entre sus objetivos estratégicos figuran: a. Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT, b. Factores de riesgo y factores protectores de las ENT, c. Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo, y d. Vigilancia e investigación de las ENT.

El marco teórico del documento reconoce que los determinantes sociales de la salud son los principales motores de la epidemia de las ENT y conducen a una carga desproporcionada para las poblaciones social y económicamente vulnerables, lo cual requiere medidas multisectoriales.

El plan promueve un enfoque multisectorial, reconociendo la necesidad de coordinación y liderazgo regional a fin de promover y hacer el seguimiento de la acción regional y de involucrar a todos los sectores, según corresponda, tanto a nivel gubernamental como a los actores no estatales, para apoyar la acción nacional.

El plan sostiene además que hay suficiente evidencia de que existen intervenciones eficaces para la prevención y el control de las ENT, que deben ser consideradas por los países. Las propuestas están orientadas en los siguientes ejes: a. Políticas y normativas, b. prevención y promoción, c. acciones de vigilancia y sistemas de información, y d. fortalecimiento de servicios de salud basados en la atención primaria y el suministro de medicamentos esenciales y tecnologías. A continuación se cita algunas de las acciones sugeridas para cada ámbito:

a) Políticas y normativas efectivas

Entre las medidas efectivas que van dirigidas a toda la población se incluye la aplicación de impuestos indirectos al tabaco y las bebidas alcohólicas; la prohibición de fumar en los lugares de trabajo y públicos cerrados; el suministro de información y advertencias sanitarias; y la realización de campañas para reducir el contenido de sal de los alimentos y sustituir las grasas trans por grasas poliinsaturadas, así como los programas de sensibilización sobre el régimen alimentario y la actividad física.

Otras estrategias van dirigidas a las personas en forma individual, como el tamizaje, el asesoramiento y la farmacoterapia de las personas aquejadas de enfermedades cardiovasculares o con alto riesgo de padecerlas; el tamizaje del cáncer cervicouterino; y la vacunación contra la hepatitis B y el HPV para prevenir el cáncer hepático y cervicouterino.

b) Prevención y promoción de la salud

Considerando que muchos de los determinantes y factores de riesgo de las ENT tienen su origen fuera del sector salud, se insta a los países a promover políticas multisectoriales de prevención, con sectores del Gobierno y en colaboración con entidades no estatales fuera del sector salud, tales como agricultura, ganadería, comercio, educación, trabajo, desarrollo, finanzas, planificación urbana, ambiente y deporte.

c) Vigilancia y sistemas de información

La Vigilancia de las ECNT consiste en un proceso de evaluación permanente sobre la situación de salud de colectivos humanos, fundamentalmente sobre los factores de riesgos, debe incluir aspectos relacionados al contexto social de tal forma a asegurar que las

intervenciones sean enfocadas y ajustadas a las características de los grupos de poblaciones.

La información obtenida permite tomar decisiones de intervención a nivel individual y colectivo, con el fin de disminuir los riesgos de morbilidad y mortalidad. A nivel mundial se ha creado consenso en la necesidad de establecer metas e indicadores nacionales basados en la situación de los distintos países, con la orientación que proporcione la OMS.

A nivel de las Américas, con la aprobación en 2006 de la primera Estrategia Regional de la OPS para la Prevención y Control de las ENT, la vigilancia de las ENT y de sus factores de riesgo fue cobrando relevancia en la región.

Una piedra angular de este esfuerzo ha sido el desarrollo de un conjunto común de indicadores de ENT que apunta a proporcionar un método sencillo y estandarizado para la recogida, análisis y difusión de datos para la región. Conocida como "Lista de indicadores mínimos, óptimos y deseados de ENT", este conjunto de datos combina múltiples fuentes de datos en un sistema funcional de elaboración de informes anuales como base para la vigilancia de las ENT. En Paraguay, la DVENT es la entidad responsable de acompañar este proceso.

d) Manejo integral

Una línea de acción propuesta a nivel Regional plantea ampliar las políticas de protección social en salud, lo que implica la promoción de la cobertura universal, el acceso más equitativo a los servicios, los medicamentos esenciales y las tecnologías para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, tratamiento y control de las ECNT, incluyendo la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Una de las lecciones aprendidas es la importancia de asignar recursos tanto a las medidas de prevención como de tratamiento. Centrarse solo en la prevención significa ignorar las necesidades de quienes son ya o serán pacientes, y puede reducir el impacto de las políticas de prevención, pues la gente es reacia a someterse a una prueba para una enfermedad sin perspectivas de tratamiento eficaz.

A nivel mundial existe consenso en que la prevención y el control de ECNT pueden ser efectivos y equitativos solo en el contexto de un sistema basado en Atención Primaria de la Salud y los países deben de fortalecer sistemas de salud que apoyen un enfoque integral, integrado, equitativo y multisectorial.

Se ha propuesto que las intervenciones de atención primaria de la salud estén orientadas a tres áreas principales:

- la detección y corrección de los factores de riesgo modificables,
- el cribado de las ENT más comunes, para un diagnóstico temprano, y
- tratamiento y seguimiento de los pacientes con ENT más comunes.

Además no se deben perder de vista los cuidados paliativos, que pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente. Los cuidados paliativos pueden aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales de más del 90% de los enfermos con cáncer avanzado.

Marco Nacional de respuesta a las ENT

En el 2008 en el Ministerio de Salud Pública se dio un nuevo enfoque a la Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Trasmisibles (DVENT), dependiente de la Dirección General de Vigilancia de la Salud, con el objetivo de coordinar las acciones de monitoreo y la evaluación de los siguientes programas: Programa Nacional de Prevención Cardiovascular, Programa Nacional de Control de la Diabetes, Programa Nacional de Accidentes y Lesiones de Causa Externa y Programa Nacional de Control del Tabaquismo.

El rol principal de la DVNET está orientado a la elaboración de normas y pautas de atención, así como a la vigilancia y la producción de información relevante con respecto a la epidemiología de las ECNT. Esto ha implicado una transición en las asignaciones de atención clínica que en años anteriores correspondían a los programas, delegando paulatinamente las acciones de manejo directo de pacientes hacia los servicios de salud.

La instalación de esta instancia de planificación y gestión ha requerido también de un proceso de instalación institucional. Recién desde el año 2011 se incluyó una línea presupuestaria exclusiva para la DVENT, que le posibilitó iniciar el planteamiento de acciones de promoción de la salud, desde un abordaje integral de las ECNT. En 2009, se editó el Plan de Acción de 2009–2013 para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Paraguay, donde se reconoce la necesidad de incorporar un enfoque multisectorial para abordar eficazmente la prevención y el control.

En 2011, ante la necesidad de contar con herramientas de vigilancia de las ECNT se realiza a nivel nacional la primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Desde mitad del año 2013 la DVENT, con asistencia técnica de la OPS/OMS, se encuentra abocada a actualizar el Plan de Acción de ENT, con una visión multisectorial, incorporando objetivos estratégicos para el periodo 2014 – 2024 que dialoguen y puedan ser alineados con los objetivos regionales y mundiales.

Además, a nivel regional, en noviembre del 2008 se instaló el grupo ad hoc para la vigilancia de ENT y lesiones en países del MERCOSUR -Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay- y Chile como país asociado. El principal objetivo planteado por el grupo fue impulsar la vigilancia oportuna de las ECNT con el fin de reducir la carga de estas enfermedades. En el 2011 se publicó el primer reporte como resultado de esta vigilancia conjunta.

Conclusión

Las ECNT constituyen la principal causa de morbilidad y mortalidad en Paraguay, tal como ocurre a nivel mundial. En el 2012, constituyeron la causa del 26% de las muertes prematuras.

Las características de urbanización, transición demográfica y la incorporación de estilos de vida sedentarios, predisponen a menor práctica de actividad física, mayor consumo de tabaco y alcohol, con bajo consumo de futas y verduras, y preocupantes niveles de sobrepeso y obesidad.

Esta situación hace necesaria la implementación de acciones multisectoriales para la prevención y promoción eficaces que logren reducir los factores de riesgo para así disminuir la morbilidad y mortalidad por patologías asociadas a ellos.

Es preciso contar con datos confiables de los factores de riesgo, la morbilidad y el desenlace de las ECNT para medir la evolución y el impacto de las políticas y acciones implementadas. La realización de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo ha sido un paso importante y se deben prever los recursos para garantizar la periodicidad de esta fuente de datos a nivel poblacional.

Especial atención se debe prestar a las acciones dirigidas a niños, niñas, adolescentes y jóvenes. Además, la población de pueblos originarios presenta particularidades en la evolución de sus factores de riesgo que deben ser tenidas en cuenta para la implementación de programas efectivos.

El sistema de salud precisa estar orientado a intervenciones en atención primaria que garanticen una mejor detección precoz, promoción del autocuidado, así como el acceso a tecnologías costo-eficaces y medicamentos esenciales.

Un Plan de Acción con un enfoque multisectorial, será una herramienta oportuna para consensuar objetivos y vincular compromisos entre todos los sectores involucrados en el abordaje de la respuesta.

DOCUMENTOS RELACIONADOS Y NORMATIVAS

Principales leyes, normas y compromisos

Principales leyes nacionales

- Ley Nº 1333/ 1998. De la publicidad y promoción de tabaco y bebidas alcohólicas.
- Decreto Nº 13435 / 2001 Por el cual se constituye la Comisión Nacional Interinstitucional para el control del tabaquismo
- Ley Nº 2035, / 2002. De diabetes
- Ley Nº 3331/2007, que crea el Programa Nacional de Prevención, Detección Precoz y Tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino y Mama.
- Ley Nº 4.698/2012, de Garantía Nutricional en la Primera Infancia.
- Ley N° 4.959/2013, Para la Prevención y Tratamientos de Trastornos de la Alimentación y sus Efectos Dañinos a la Salud.
- Decreto N° 291/2013, por el cual se declara como prioridad nacional de gobierno la meta "Reducción de la Pobreza" y se encarga a la Secretaría Técnica de Planificación la elaboración e implementación del Progama Nacional de Reducción de la Pobreza.

Principales políticas y planes sectoriales nacionales

- Política Nacional de Salud Indígena, 2008
- Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, 2009
- Plan de Acción de 2009 – 2013 para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Paraguay
- Propuesta para el Desarrollo Socioeconómico con Equidad, Igualdad y Universalidad (2010-2020) Paraguay para todos y todas, 2010.
- Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez – Paraguay, 2010- 2015. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Política Nacional de Salud Mental. Paraguay, 2011- 2020. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Política Nacional de Prevención del Consumo Nocivo de Bebidas Alcohólicas. Paraguay 2011
- Política de Promoción de la Actividad Física, con Enfoque en el Ciclo Vital, 2013.
- Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Paraguay 2013 -2018. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Resoluciones ministeriales

- Acuerdo Nº 13/ 2008 del MERCOSUR. Fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, detección precoz, tratamiento y rehabilitación del paciente con cáncer de cuello de útero en el MERCOSUR
- RM Nº / 2009. Por la cual, en cumplimiento del proceso de implementación progresiva de la gratuidad universal, se extiende la exoneración de pago de aranceles
- R.M. Nº 928/ 2009. Por la cual se determinan las nuevas advertencias sanitarias sobre los efectos del tabaco, que deberán figurar en las cajetillas y demás recipientes que contengan productos de tabaco.
- RM Nº 224, 2010. Por la cual se aprueba y declara de interés institucional el Plan de Acción de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (PA-ECNT)", correspondiente al proyecto desarrollo de autonomía frente a las enfermedades no transmisibles, en el marco de las Políticas Públicas Para La Calidad De Vida Y Salud Con Equidad.
- RM Nº 237 / 2010. Por la cual se establece la inscripción obligatoria de las personas físicas y/o jurídicas que se dedican a la elaboración, importación y exportación de tabaco, de otras materias primas para la elaboración de productos de tabaco
- RM N° 557/2013. Por la cual se aprueban los procedimientos para el monitoreo externo en establecimientos elaboradores de sal yodada
- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2003
- Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004
- Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo del alcohol , 2010
- Resolución del MERCOSUR sobre la prevención y control de las ENT en la región del Cono Sur
- Resolución de UNASUR sobre la prevención y control de ENT en la región de América Latina
- Plan de Acción 2008-2013 para la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles

Comisiones Intergubernamentales y acuerdos del Mercosur

- Comisión Intergubernamental de Enfermedades No Transmisibles – CIENT-
- Comisión Intergubernamental –CI- de Determinantes y Promoción de la Salud
- Comisión Intergubernamental –CI- de Control del Tabaco
- GAH Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles
- Grupo Técnico –GT- Seguridad Alimentaria y nutricional
- Acuerdo MERCOSUR Nº 3/ 2006. Creación de la Comisión Intergubernamental de Donación y Trasplantes (CIDT)
- Acuerdo MERCOSUR Nº 7/ 2008. Estrategias conjuntas para la implementación del seguimiento de donantes vivos de órganos del MERCOSUR
- Acuerdo MERCOSUR Nº 8/2009 Estrategia MERCOSUR de Nutrición para la Salud de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

INDICADORES DE ECNT

Tabla resumen

Factores de riesgo		Carga de la enfermedad	
Uso de tabaco actual Población general[4]	Hombres **22,8%** Mujeres **6,1%**	**Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en menores de 70 años**[77]	Enfermedad isquémica: **22,1** por 100.000 hab. ACV: **16,2** por 100.000 hab.
Consumo excesivo de alcohol [4]	Población general Hombres **32,5%** Mujeres **14,2%**	**Tasa de mortalidad por cáncer menores de 70 años**[77]	**43,8** por 100.000 hab.
Consumo promedio de frutas [4]	**2** porciones de fruta **4,4** días a la semana	**Tasa de cáncer cervical uterino menores de 70 años**[77]	**8,3** por cada 100.000 mujeres
Consumo promedio de verduras [4]	**0,6** porciones de verduras **2,7** días a la semana	**Tasa de mortalidad por enfermedad pulmonar crónica menores de 70 años**[77]	**3,2** por 100.000 habitantes
Inactividad física en general [4]	Población general **59,7%**	**Tasa de mortalidad por diabetes en menores de 70 años**[77]	**21,4** por 100.000 habitantes
Baja actividad física en el trabajo[4]	Hombres **45,4%** Mujeres **44,5%**	**Prevalencia de Diabetes**[4]	**9,7%**
Baja actividad física en el desplazamiento[4]	Hombres **77%** Mujeres **84%**	**Prevalencia de Hipertensión arterial**[4]	Población **45,8%** Hombres **52,9%** Mujeres **38,3%**
Baja actividad física en el tiempo libre[4]	Hombres **62%** Mujeres **87%**	**Prácticas de detección de cáncer**	
Circunferencia abdominal de riesgo moderado y alto [4]	Hombres **35%** Mujeres **68%**	**Mamografía en los últimos dos años (40-69 años)**[4]	Mujeres **20,5%**
Sobrepeso + obesidad en adultos [4]	Hombres **54,6%** Mujeres **60,7%**	**Examen de sangre oculta en heces en mayores de 50 años**[4]	Hombres **18,7%** Mujeres **23%**
Obesidad en adultos[4]	Hombres **19,6%** Mujeres **26,1%**	**Colonoscopía mayores de 50 años**[4]	Hombres **5,8%** Mujeres **10,5%**
Obesidad en escolares y adolescentes [16]	Hombres y mujeres **11,1%**	**Papanicolau en los últimos dos años (20-49 años)**[4]	Mujeres **62,3%**
		Examen de próstata mayores de 50 años[4]	Hombres **18,5%**

Bibliografía

[1] DGEEC, 2003. Paraguay. Resultados Finales Censo Nacional de Población y Viviendas. Año 2002 - Total País.

[2] Einsiedel L, Fernandes L, Joseph S, Brown A, Woodman R Non-communicable diseases, infection and survival in a retrospective cohort of Indigenous and non-Indigenous adults in central Australia. BMJ Open. 2013; 3(7): e003070.

[3] Stoddard P, Handley MA, Vargas Bustamante A, Schillinger D. The influence of indigenous status and community indigenous composition on obesity and diabetes among Mexican adults. Soc Sci Med. 2011 Dec;73(11):1635-43.

[4] MSPBS, 2012 Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en población general. Paraguay, 2011.

[5] DGEEC, 2013. III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas.

[6] MSPBS, 2013. Indicadores Básicos de Salud (IBS). Paraguay.

[7] Presidencia de la República del Paraguay. Sitio web oficial: http://www.presidencia.gov.py/. Accedido el 20/08/2013 22:50.

[8] Tribunal Superior de Justicia Electoral, Padrón 2013. http://tsje.gov.py. Accedido el 20/08/2012 19:31

[9] DGEEC, 2010. Paraguay. Proyección de Población por Distritos. 2000 – 2015. Documento técnico.

[10] OMS, 2013. Estadísticas sanitarias mundiales 2013.

[11] Estado de la Población Mundial 2011 – UNFPA, 2012.

[12] DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2012. Disponible en: http://www.dgeec.gov.py.

[13] Vázquez F. Diferencias regionales y dinamismo productivo en Paraguay: la nueva organización económica del territorio. En Paraguay en el Mercosur. Asimetrías internas y Politica Comercial Externa. CADEP, 2012

[14] Causarano M, Dinámicas metropolitanas en Asunción, Ciudad del Este y Encarnación. UNFPA, 2006

[15] DGEEC, 2013. Resultados preliminares del Censo 2012

[16] Situación de las Mujeres Rurales en Paraguay. FAO, 2009. ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/011/a1591s/a1591s.pdf

[17] PNUD, 2013. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Paraguay 2013. Trabajo decente y Desarrollo Humano.

[18] Osorio A. Niñas y Niños Urbanos en Paraguay. UNICEF Paraguay. Asunción, 2012.

[19] DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2006 a 2012.

[20] Feres JC y Villaroro P. La viabilidad de erradicar la pobreza: Un examen conceptual y metodológico. CEPAL, 2012.

[21] OMS, 2006. Manual de la OMS sobre enfermedades crónicas.

[22] Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano T, Mowafi M, Pandya A, Prettner K, Rosenberg L, Seligman B, Stein A, Weinstein C. The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.

[23] Secretaria Técnica de Planificación (STP) Informe de Coyuntura Económica 2012. Asunción, 2013.

[24] DGEEC, 2012. Encuesta Continua de Empleo de Asunción y Central Urbano. Primer Trimestre 2012.

[25] Propuesta sobre Sistema Tributario e Inversión Social. Para una Fiscalidad Distributiva y Contributiva. DECIDAMOS / CDE / Unión Europea, 2013.Disponible en http://www.justiciatributaria.org.py/

[26] Datos del Ministerio de Hacienda, 2010.

[27] PNUD, 2008. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano. Equidad para el desarrollo. Paraguay.

[28] Elías R, Molinas M, Misiego P. Informe de Progreso Educativo Paraguay. Instituto Desarrollo, 2013

[29] DGEEC, 2008. Principales Resultados de la Encuesta de Hogares Indígenas.

[30] IBE UNESCO. Datos Mundiales de Educación. 7ª edición 2010-2011

[31] OPS, 2012. Salud en las Américas. Capítulo 2 Determinantes e Inequidades en Salud.

[32] DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2011

[33] Secretaria Técnica de Planificación (STP). Informe País para la Conferencia Río +20. Junio, 2012.

[34] Pandey K, Wheeler D, Ostro B, Deichmann U, Hamilton K, Bolt K. Ambient Particulate Matter Concentrations in Residential and Pollution Hotspot Areas of World. Citado en New Estimates Based on the Global Model of Ambient Particulates (GMAPS), World Bank, Development Research Group and Environment Department, 2006.

[35] World Bank, 2013. Indicadores de Desarrollo Mundial. Disponible en http://databank.bancomundial.org/data/home.aspx. Accedido el 30/10/2013. 19:06

[36] Fullerton DG, Bruce N, Gordon SB. Indoor air pollution from biomass fuel smoke is a major health concern in the developing world. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2008 Sep;102(9):843-51

[37] UNICEF / OPS / PMA, 2008. Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño. Memoria de la reunión Subregional de los Países de Sudamérica. Diciembre 2008.

[38] Sindicato de Periodistas del Paraguay. Libertad de Prensa y Poder de los Medios. 2011

[39] Pang J, Salim A, Lee VJ, Hibberd ML, Chia KS, Leo YS, Lye DC. Diabetes with hypertension as risk factors for adult dengue hemorrhagic fever in a predominantly dengue serotype 2 epidemic: a case control study. PLoS Negl Trop Dis. 2012;6(5):e1641.

[40] Fajardo-Dolci G, Gutierrez-Vega R, Arboleya-Casanova H, Villalobos A, Wilson KS, García SG, Sotelo J, Córdova Villalobos JA, Díaz-Olavarrieta C. Clinical characteristics of fatalities due to influenza A (H1N1) virus in Mexico. Thorax. 2010 Jun;65 (6):505-9.

[41] Informe ODM Paraguay 2013, en base a datos del subsistema de información de Estadísticas Vitales. Direc-

ción General de Información Estratégica de Salud, 2013.

[42] INAN, 2013. Situación Nutricional de niños, adolescentes y embarazadas, por área geográfica. Disponible en http://www.inan.gov.py/newweb/documentos/mapas2013.pdf. Accedido el 30/11/2013. 12:28.

[43] Constitución Nacional del Paraguay, 1992.

[44] IPS, Informe de Gestión del Instituto de Previsión Social 2012. http://www.ips.gov.py/principal/varios/cominst/INFORME_GESTION_2012.pdf Consultado 22/04/2013. 11:47.

[45] MSPBS, 2013. Informe de Gestión junio 2012 – julio 2013 del ministro Antonio Arbo.

[46] MSPBS, 2009. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad

[47] MSPBS, 2010. Manual de funcionamiento de las USF. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Setiembre 2010. Disponible en http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/uploads/2012/01/Manual-de-funcionamietno-de-las-USF-2010.pdf

[48] IHME DAH Database country and regional recipient level database 1990-2009. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2011, consultado enero 2012

[49] Grupo de trabajo ad-hoc del MERCOSUR y Chile. Reporte de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Lesiones en países del MERCOSUR y país asociado – Chile. (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) 2011

[50] MSPBS, 2013. Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles en población indígena. Paraguay.

[51] OPS, 2011. Informe sobre Control del Tabaco en Paraguay.Disponible en http://www.paho.org/par/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=359&Itemid=253.Accedido el 29/11/2013. 19:32

[52] Sánchez L. "Paraguay y sus obligaciones con el Convenio Marco de Control del Tabaco" Periódico E'a. 31 de mayo de 2013

[53] Aguinaga S, Shatenstein S, Selin H. La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarrillos en América Latina y el Caribe y minar la salud.OPS/OMS, 2002

[54] OMS, 2011. Global status report on alcohol and health.

[55] Rehm J, Monteiro M. Alcohol Consumption and burden of disease in the Americas –implications for alcohol policy. Pan American Journal of Public Health, 2005; (4/5): 241-248, citado en MSPyBS, 2011. Política Nacional de Prevención del Consumo Nocivo de Bebidas Alcohólicas.

[56] Room R et al. Alcohol in developing societies: a publica health approach. Finnish Foundation for Alcohol Studies, 46; 2002, citado en MSPyBS, 2011. Política Nacional de Prevención del Consumo Nocivo de Bebidas Alcohólicas.

[57] Obot I, Room R. Alcohol, gender abd drinking problema: perspectives from low and middle countries. OMS, 2005, citado en MSPyBS, 2011. Política Nacional de Prevención del Consumo Nocivo de Bebidas Alcohólica.

[58] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012, 380(9859):2224–2260.

[59] He FJ, Li J, Macgregor GA.Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials.BMJ. 2013 Apr 3;346:f1325.

[60] INAN-MSPBS, 2013. Guias alimentarias del Paraguay.

[61] OMS, 2013. Diez datos sobre la actividad física. Disponible en http://www.who.int/features/factfiles/physical_activity/facts/es/index2.html. Accedido el 10/11/2013. 10:45.

[62] Cuevas A, Alvarez V, Olivos C.Expert Rev Cardiovasc Ther. 2009 Mar;7(3):281-8. doi: 10.1586/14779072.7.3.281. The emerging obesity problem in Latin America. Nutr Rev. 2007 Dec;65(12 Pt 2):S152-6.

[63] Cámara de Diputados. Informe de comunicación 29/11/2013. Disponible en http://www.diputados.gov.py/ww2/?pagina=noticia&id=10399. Accedido el 30/11/2014. 12:16.

[64] Pradhan A. Obesity, metabolic syndrome, and type 2 diabetes: inflammatory basis of glucose metabolic disorders. Nutr Rev. 2007 Dec;65(12 Pt 2):S152-6.

[65] Internacional Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the Metabolic Syndrome. Brussels, 2006.

[66] Caballero A, Benítez G, Cañete F, Palacios M, Gomis R, Jiménez JT. Síndrome Metabólico en niños y adolescentes en una población en Paraguay. Revista Española de Obesidad Vol I. Num 2, 2003: 25-70.

[67] OMS, ENT perfiles de países 2011. Disponible en http://www.who.int/nmh/countries/pry_es.pdf. Accedido el 23/11/2013. 18:46.

[68] AG Shaper, AN Phillips, SJ Pocock, M Walker, PW Macfarlane. Risk factors for stroke in middle age british men. BMJ 1991;302:1111 doi:10.1136/bmj.302.6785.1111, citado en Grupo de trabajo ad-hoc del MERCOSUR y Chile. 2011.

[69] Globocan 2008, IARC, 2010. Disponible en OMS, 2013. Nota descriptiva N°297.Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/. Accedido el 21/09/2013. 11:42.

[70] Instituto Nacional del Cáncer. http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/VPH-respuestas. Accedido el 29/09/2013. 16:23.

[71] International Diabetes Federation, 2013. Diabetes: Facts and figures. Disponible en http://www.idf.org/worlddiabetesday/toolkit/gp/facts-figures.

[72] OMS. Nota descriptiva N°315. Noviembre de 2012

[73] Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. Kidney Int. 2011 Dec;80(12):1258-70.

[74] Frepa, 2013. http://www.frepaparaguay.net/faq.php. Accedido el 29/09/2013. 17:04.

[75] Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. 16 de setiembre de 2011. Asamblea General ONU, Nueva York

[76] WHO, 2010. Global status report on noncommunicable diseases

[77] MSPBS 2013. Resultados Preliminares de Indicadores de mortalidad año 2013. Dirección de Bioestadística.

DIRECCIÓN DE VIGILANCIA DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Dirección General de Vigilancia de la Salud
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

ISBN: 978-99967-36-27-8