

PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR

Dr. Rubén Darío Ortíz B (*)

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) viene implementando el Programa Nacional de Salud Familiar a nivel de las 16 Regiones Sanitarias del país.

Actualmente el nuevo Proyecto se inscribe en el marco de las recomendaciones del Plan de Acción Mundial de Población de las Naciones Unidas, que sostiene que el respeto por la vida humana es la base de todas las sociedades humanas y que todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, y de contar con la información, la educación y los medios necesarios para ello.

En el artículo 60 de la Constitución de la República del Paraguay sancionada el 20 de junio de 1992, se establece que "El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de Salud Reproductiva y Salud Materno infantil para la población de escasos recursos".

Este proyecto se relaciona con el desarrollo social medido por los principales indicadores de

bienestar humano y es acorde con las políticas de desarrollo nacional que privilegian la reforma institucional y el fortalecimiento de la capacidad de gestión del sector público.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) es el propietario de la mayor infraestructura de salud del país y proporciona servicios de salud a 63% de la población (el 13% corresponde al Instituto de Previsión Social, el 10% a las Fuerzas Armadas y Policiales y 12% al sector privado). Actualmente, cuenta con 16 Regiones Sanitarias, correspondientes a cada uno de los departamentos del país con excepción de la región occidental (del Chaco) que agrupa a los 5 departamentos ubicados en el mencionado territorio.

La Planificación Familiar se practicó oficialmente en el Paraguay entre los años 1975 y 1979. No obstante, durante los años 80, se eliminó la ejecución del programa público y se intentó impedir otros programas de Planificación Familiar. Los establecimientos públicos no ofrecían estos servicios que sólo eran ofertados por una organización no gubernamental, el Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Recién en el año 1988, el MSPyBS, reinicia la prestación de servicios de planificación familiar en sus establecimientos, como parte del Programa de Atención Materno-infantil. El Departamento de Protección Familiar (DEPROFA) ha tenido a su cargo la normatización y supervisión de los servicios.

(*) Jefe Departamento de Protección Familiar (DEPROFA), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Entre 1982 y 1987, el MSPyBS desarrolló el Proyecto PAR/82/P02 «Extensión de los servicios de atención Materno-infantil» apoyado por la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS), agencia ejecutora y financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Este proyecto estaba dirigido a reducir los altos índices de morbilidad Materno-Infantil, identificando sus factores causales, así como a mejorar los servicios, en especial en las localidades rurales con poblaciones menores de 2.000 habitantes.

El Programa logró importantes avances en la extensión de cobertura de la atención en salud materno-infantil, en la capacitación de los recursos humanos, así como en la revisión y la aplicación de normas y procedimientos en salud materno-infantil. Se dotó de equipo y suministros a 2 Centros Regionales, 15 Centros y 96 Puestos de Salud. Las actividades estuvieron dirigidas mayoritariamente a la atención materno-infantil (prenatal, parto y puerperio, recién nacido) y acciones de planificación familiar.

Durante el período 1982-1992, el UNFPA con la OPS como agencia de ejecución, apoyó el Proyecto PAR/88/PO1 «Fortalecimiento del Programa Nacional de Salud Familiar» implementado por el MSPyBS. Los objetivos fueron fortalecer la capacidad del Programa Materno-Infantil en sus aspectos normativos y operativos mediante su implantación en 16 Regiones Sanitarias, contribuir al incremento de

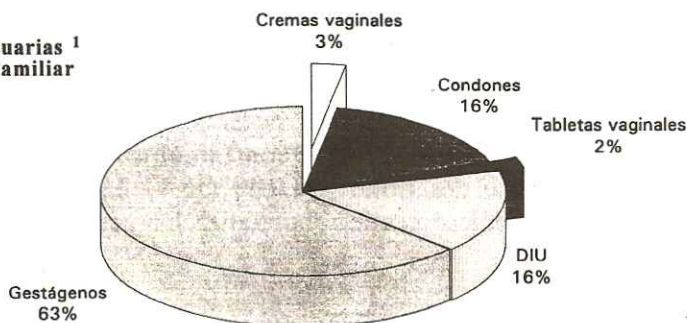
la cobertura de planificación familiar, control prenatal, atención del parto y del puerperio, control del crecimiento, maduración del niño y detección precoz del cáncer cervico-uterino y mamario.

Con este Programa se lograron importantes avances en el área normativa y de capacitación. Se dotó de anticonceptivos, equipos y suministros al personal de salud de los servicios así como a parteras tradicionales. En el área de planificación familiar, se incorporaron servicios en 403 establecimientos (66,4%) de las 16 Regiones Sanitarias. Al 31 de diciembre de 1992 los servicios del MSPyBS tenían un total de 86.971 usuarias activas de planificación familiar (7,9% de las mujeres en edad fértil), de las cuales el 63% utilizan gestágenos, 16% DIU, 16% condones, 3% crema vaginal y 2% tabletas vaginales (ver gráfico 1). También se realizaron un total de 93.635 citologías para la detección precoz del cáncer cervico-uterino durante el año 1992.

La tasa promedio anual intercensal 1982-92 de crecimiento de 3,1 (resultados preliminares del censo 1992) es la más alta en América del Sur, y la población casi se ha duplicado en los últimos 20 años al pasar de los 2.357.955 habitantes en 1972 a los 4.123.550 habitantes en el año 1992 según el último censo.

En Paraguay, alrededor de 50% de la población es rural, y la población está

Gráfico 1
Repartición de las usuarias ¹
de la Planificación Familiar



1/ se refiere al 7,9% de las M.E.F., Estadísticas registradas al año 1992.

Fuente: MSP y BS

desigualmente distribuida en el territorio nacional. El departamento Central y la Gran Asunción agrupan al 32,32% de la población, y los departamentos de Caaguazú, Alto Paraná e Itapúa al 29,04% (es decir 5 departamentos agrupan al 61,36% de la población), mientras los 5 departamentos que conforman la región del Chaco albergan sólo al 1,43% de la población total. Existe un creciente movimiento migratorio interno, no acompañado del aprovisionamiento de servicios educativos y de salud necesarios para atender a sus demandas. Actualmente, se tienen registrados cerca de 40 nuevos asentamientos campesinos compuestos por más de 12.000 familias.

La tasa global de fecundidad de 4,7 hijos por mujer (1990) es de la más alta de Sudamérica y la tasa bruta de natalidad es de 32,8 por mil. Ambos indicadores prácticamente no se han modificado en los últimos 20 años. La tasa de migración es de 1 por mil (1990).

Existen grandes diferencias de fecundidad en áreas rurales (6,1 hijos por mujer) y urbanas (3,6 hijos por mujer). Los máximos niveles de fecundidad se encuentran en los grupos de 20-29 años con una tendencia al inicio cada vez más temprano de la reproducción, principalmente en el área rural.

Más del 50% de las mujeres en edad fértil tiene su primer hijo antes de los 22 años, 30% antes de los 20 años y aproximadamente 15% antes de los

18 años. La edad mediana del primer embarazo se mantiene en 21,5 años (gráfico 2).

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil unidas es de 32,7% (23,6% métodos modernos -incluyendo vaginales y condones- y 9,1% métodos tradicionales). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS-90), la demanda total de anticonceptivos (mujeres que dicen no querer más hijos) es de 68,4% (63,4% en el medio rural y el 72,7% en el medio urbano) mientras que la prevalencia de uso de anticonceptivos modernos es de 26,2% en el área rural y de 42,9% en el área urbana dejando una demanda insatisfecha de 37,2% en el medio rural y de 30% en el medio urbano. De acuerdo a la ENDS-90, la principal fuente de obtención de los métodos anticonceptivos fueron las farmacias (48%), seguidas del sector público (18,7%) y de los hospitales y médicos particulares (18,6%).

La tasa de mortalidad materna registrada es 16 por 10.000. Sin embargo, la tasa real es casi el doble debido a que existe un subregistro de 56% (División de Salud Materno Infantil del MSPyBS, 1990).

La causa más importante de mortalidad materna es el aborto provocado, cuyas cifras se han incrementado notablemente en los últimos años.

Sumados a estos factores, se encuentran en estrecha asociación las altas tasas de fecundidad prevalecientes en áreas rurales, los embarazos en edades extremas, la multiparidad, los cortos espacios intergenésicos y los antecedentes obstétricos, como elementos que aumentan considerablemente los riesgos de morbimortalidad materna y del recién nacido. A estos se añaden el insuficiente acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar y las bajas coberturas de los servicios sobre todo en las áreas rurales.

