

Experiencias ciudadanas innovadoras: juntas de saneamiento y farmacias sociales en el Paraguay



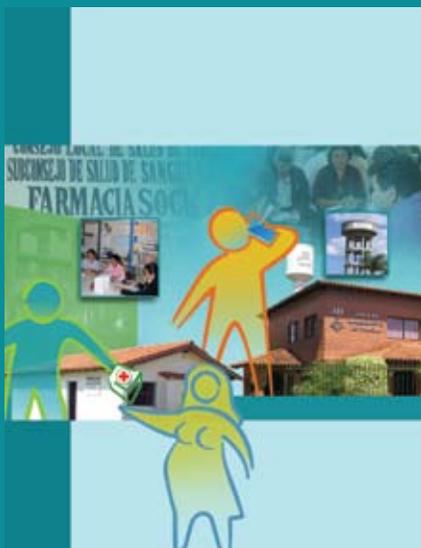
Paraguay



Cuaderno de Desarrollo Humano

Con el apoyo de





La participación ciudadana es una herramienta eficaz para satisfacer necesidades básicas de las comunidades, como el acceso al agua potable y a medicamentos.

Experiencias ciudadanas innovadoras: juntas de saneamiento y farmacias sociales en el Paraguay

Noviembre, 2008



Copyright©2008
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PARAGUAY

Este documento es de propiedad del PNUD en Paraguay.
No tiene fines de lucro, por lo tanto no puede ser comercializado en el Paraguay
ni en el extranjero.

Están autorizadas la reproducción y la divulgación por cualquier medio
del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

El análisis y las orientaciones aquí contenidas no reflejan necesariamente la
opinión del PNUD.

Diseño gráfico: CreativePARK

Impresión: Mercurio S.A.

Prólogo

Tengo el agrado de presentar a la sociedad paraguaya el quinto número de la Serie Cuadernos de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) que tiene por título “Experiencias ciudadanas innovadoras: Juntas de Saneamiento y Farmacias Sociales”.

Los estudios de caso escogidos y analizados en esta ocasión, con las recomendaciones de políticas que de ellos emergen, constituirán insumos relevantes para promover uno de los aspectos esenciales del capital humano, la salud, por medio del acceso al agua potable y a medicamentos.

Los casos no sólo son útiles porque efectivamente amplían los servicios que promueven, sino además porque constituyen evidencias claras del potencial que tienen las comunidades de ampliar el capital social, es decir, la capacidad de participación, organización, seguimiento de normas y generación de confianza. A su vez, los avances en términos de capital social y capital humano a nivel local, constituyen elementos fundamentales de la plataforma que hará posible los procesos de descentralización de la administración del Estado.

Los avances experimentados en los dos servicios considerados, no únicamente coadyuvan para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos al área de la salud, sino también para el logro de los demás Objetivos, como la reducción de la pobreza extrema y el acceso a la educación, por la estrecha relación que existe entre las tres dimensiones básicas del Desarrollo Humano: la salud, la educación y la generación de ingresos.

Como en ocasiones anteriores, de nuevo para esta ocasión, quisiera extender mis más sinceros agradecimientos a las personas y entidades que facilitaron la información necesaria para la elaboración de estos estudios, como las autoridades y beneficiarios de las Juntas de Saneamiento, las Asociaciones de Juntas de Saneamiento y las Farmacias Sociales.

Igualmente expreso mi gratitud, por el apoyo recibido en la revisión técnica de los casos, a nuestra agencia colega del Sistema de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD), el consultor Ing. Guido Duarte, la Dirección de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, el Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) y el Ente Regulador de Servicios Sanitarios (ERSSAN).

*Lorenzo Jiménez de Luis
Representante Residente*

Autoridades del PNUD

Lorenzo Jiménez de Luis, Representante Residente

Igor Bosc, Representante Residente Adjunto

Equipo de elaboración

Oficina de Desarrollo Humano

Jorge Méndez Rheineck
Coordinador

Roberto Céspedes
Especialista social

Elizabeth Barrios K.
Especialista estadística

Fernando Mendoza
Asistente técnico y administrativo

Consultora

Verónica Serafini

Corrección de texto

Alberto Muñoz Aguirre

Índice

Introducción	8
.....	
1. La salud, medio y fin del Desarrollo Humano	11
.....	
2. El agua potable aumenta las capacidades y oportunidades de la gente	14
2.1. El papel del Estado	15
2.2. El contexto jurídico e institucional del agua potable y saneamiento	17
2.3. Acceso a agua potable y saneamiento	20
2.4. La ciudadanía se organiza	23
2.5. Las juntas de saneamiento en acción	24
2.6. Las juntas de saneamiento se asocian	27
2.7. Oportunidades y desafíos de las juntas de saneamiento	28
.....	
3. El derecho a la salud incluye el acceso a los medicamentos	31
3.1. El contexto jurídico e institucional de la salud y los medicamentos	34
3.2. Las farmacias sociales como producto de la organización social	36
3.3. Las farmacias sociales forman parte de un sistema en consolidación	39
3.4. Oportunidades y desafíos de las farmacias sociales	42
.....	
4. Conclusiones y orientaciones de política	44
Comunes a ambos casos	44
Juntas de saneamiento	45
Farmacias sociales	46
.....	
Siglas y acrónimos	48
Bibliografía	49

Introducción

El objetivo de este Cuaderno de Desarrollo Humano es, al igual que los cuatro anteriores, presentar casos que, sobre la base de la experiencia, contribuyan a las decisiones de políticas y programas tendientes a la ampliación del Desarrollo Humano en el Paraguay.

Los dos casos que se presentan, tanto las juntas de saneamiento como las farmacias sociales, corresponden a iniciativas ciudadanas que cuentan con el apoyo del sector público. Aunque en términos generales ambas pueden ser vistas como experiencias similares, el análisis muestra importantes diferencias en la gestión de los recursos, en los mecanismos de participación ciudadana, en la forma de vinculación con el sector público y en las relaciones entre los distintos actores sociales involucrados.

El primero de los casos se refiere a la obtención de agua potable por parte de la ciudadanía, mediante la creación de las juntas de saneamiento. Estas organizaciones, de larga data en el país, están creciendo en número y ampliando su cobertura y sus funciones tradicionales en algunos casos.

Actualmente, existen unas 2.076 juntas de saneamiento ubicadas en todo el territorio paraguayo. Sin embargo, no todas funcionan con los mismos niveles de eficiencia y eficacia.

Algunas son ejemplares en cuanto a la cobertura geográfica y poblacional, capacidad de autogestión y desempeño económico. Gracias al éxito alcanzado,

sus servicios se ampliaron al de alcantarillado sanitario y apoyo a otras juntas en materia educativa. Otras juntas, sin embargo, son vulnerables social, financiera y políticamente, ya que la participación comunitaria es débil y la actividad partidaria ha incidido de manera excesiva en su desempeño, hecho este que repercute en la calidad de su gestión.

El segundo caso se refiere a las farmacias sociales impulsadas por los consejos y subconsejos locales de salud y apoyadas por los consejos regionales de salud, que fueron asistidos técnicamente por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, siglas en inglés).

Las farmacias surgieron ante la ausencia de provisión de medicamentos básicos por parte de las autoridades sanitarias centrales. En vista de esta grave situación, los consejos y subconsejos se abocaron a la organización de pequeñas farmacias instaladas en la comunidad, con un capital inicial otorgado por la gobernación del lugar.

La gobernación, además de proveer el fondo, cuenta con un parque sanitario

administrado por el consejo regional de salud, que compra medicamentos al por mayor y vende a los consejos y subconsejos a costos más bajos. Finalmente, los medicamentos son adquiridos por los usuarios de los puestos y centros de salud a un precio 50% menor que el que pagarían en una farmacia comercial.

En los dos casos estudiados se destacan factores comunes. El primero de ellos es que la organización ciudadana, en torno a la satisfacción de una necesidad básica, contribuye a la solución de un problema concreto de la comunidad. El segundo es la débil presencia del sector público, a pesar de que ambas iniciativas surgen para satisfacer una necesidad básica y el disfrute de derechos esenciales.

El Desarrollo Humano significa la ampliación de las capacidades de las personas y de las oportunidades para que estas las aprovechen.

1

La salud, medio y fin del Desarrollo Humano

El Desarrollo Humano consiste en la ampliación de las capacidades y oportunidades, opciones y logros de las personas para vivir la vida que valoran, una vida digna, productiva y creativa. Una vida saludable permite a las personas aumentar sus capacidades para educarse, trabajar, desarrollar su creatividad, participar activamente de la vida social y política, sentirse incluidas en su comunidad, hacer planes y proyectarse a largo plazo.

La salud constituye un medio y un fin para el Desarrollo Humano. Es un fin en sí mismo, porque estar bien nutrido y libre de enfermedades es un objetivo deseable en todas las personas. Como señala Sen (1999), «el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo. Los que preguntan si una mejor salud es buen instrumento del desarrollo, quizás pasen por alto el elemento de diagnóstico más fundamental: que la salud forma parte integrante de un buen desarrollo».

El valor instrumental de la salud se da, por ejemplo, con el hecho de que el acceso al agua potable y al saneamiento adecuado reduce las enfermedades infecciosas, mejora el estado nutricional de la niñez y aumenta su aprendizaje. La probabilidad de sobrevivida de más niños en el hogar hace que a su vez, disminuya la fecundidad. (Becker, 1981; Blake, 1964, 1985; Folbre, 1994).

Las mejores condiciones de salud, junto con el mayor nivel educativo, se constituyen en uno de los fundamentos del incremento de la productividad y, con ello, del crecimiento económico. Un buen estado de salud permite disminuir los días perdidos y mejorar el desempeño. Una adecuada nutrición potencia la rentabilidad social de la inversión en capital humano. La expansión del capital humano es central para la economía.

Por otro lado, el estado de salud determina el grado de inseguridad o vulnerabi-

lidad individual y familiar (enfermedades y muerte), comunitaria (contaminación) o nacional (epidemias), lo cual, a su vez, influye en el bienestar y en la probabilidad de ser pobre.

Debido a su importancia para el ser humano, el derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de la mayoría de los países.

La Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud, y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios».

A partir de 1960 se aprobaron pactos, convenciones y otros compromisos a los que el Paraguay se adhirió y que involucran al ámbito de la salud: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en 1966; el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, siglas en inglés), en 1979; y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en 1989, entre otros.

El PIDESC reconoce, en su artículo 12, «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» y se indican, a título de ejemplo, diversas

La salud constituye un medio y un fin para el Desarrollo Humano.

La satisfacción de las necesidades particulares de los distintos grupos sociales, así como la rendición de cuentas del Estado o el sector privado, no es posible sin la existencia de una cultura cívica que las demande.

«medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho».

Entre esas medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud se encuentran la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, así como la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

La CEDAW señala que los Estados Partes deben asegurar a las mujeres el derecho a condiciones de vida adecuadas, particularmente en lo referente al abastecimiento de agua. Igualmente, la CDN exige a los Estados que luchen contra las enfermedades y la malnutrición mediante «el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre».

El Paraguay como país signatario de estos compromisos internacionales fue incorporándolos, de manera paulatina, en su marco jurídico, obligándose a generar condiciones en las que todas las personas puedan vivir lo más saludablemente posible. El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia y potable, a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos sanos, una nutrición apropiada, una vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo, un ambiente saludable, y el acceso a la educación e información relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud pública; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente. Deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar los progresos realizados y prestar especial atención a los grupos vulnerables o marginados.

En este marco de compromisos internacionales y nuevas concepciones del desarrollo, la participación social desempeña un papel fundamental en el logro efectivo de objetivos planteados, especialmente si la equidad ocupa un lugar preferencial en las políticas públicas. Esta participación no se concibe de manera pragmática e instrumental, sino como el ejercicio del derecho ciudadano que tienen mujeres y hombres para incidir sobre los procesos que afectan su bienestar.

La satisfacción de las necesidades particulares de los distintos grupos sociales, así como la rendición de cuentas del Estado o el sector privado, no es posible sin la existencia de una cultura cívica que las demande. El estímulo a la participación de las organizaciones de ciudadanos se convierte en requisito inherente a un sistema democrático y, también, en elemento indispensable para dar destaque a la salud dentro de la agenda pública y para asegurar la sostenibilidad del Desarrollo Humano.

Para las mujeres en particular, la participación adquiere especial relevancia en los casos analizados: el acceso al agua potable y a medicamentos. La inexistencia de oportunidades sociales en materia de salud las afecta sobremanera, dado el rol que asumen en el logro de bienestar de la familia y en las actividades que realizan para ello. Ellas incrementan su carga de trabajo familiar cuando no hay abastecimiento de agua dentro de la vivienda, pues deben trasladarse hasta la fuente para realizar las actividades que socialmente les son impuestas, tales como el lavado de ropas y de utensilios.

Asimismo, sus responsabilidades como madres las acercan con mayor frecuencia que los hombres al sistema de salud. La ineficiencia de éste aumenta el tiempo de espera de atención, obliga al traslado de las personas enfermas a zonas alejadas, sienten, en mayor medida, el maltrato y deben asumir roles de cuidado de las enfermedades en el hogar que deberían ser resueltos por los centros asistenciales.

En este contexto, es importante enfatizar que, tal como declara el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, «en el ejercicio real de poder o de autoridad para la toma de decisiones, las mujeres son una clara minoría a través del mundo».



Las mujeres participan activamente y de manera particular en el sector salud, en la fase de ejecución de programas comunitarios, pero permanecen excluidas en las etapas de formulación, diseño y asignación de recursos.

Sin embargo, la participación social no es suficiente para el logro de los objetivos del Desarrollo Humano. La participación social, para que logre mayor efecto positivo, debe darse en el marco de relaciones de confianza y de comportamientos cívicos que conduzcan a lo que actualmente se denomina capital social.



«La confianza, por ejemplo, actúa como un ‘ahorrador de conflictos potenciales’ limitando el “pleitismo”. Las actitudes positivas en materia de comportamiento cívico y de respeto a las reglas que se establecen, que van desde cuidar los espacios públicos hasta pagar los impuestos, contribuyen al bienestar general. La existencia de altos niveles de asociacionismo indica que es una sociedad con capacidades para actuar cooperativamente, armar redes, concertaciones, sinergias de todo orden en su interior». (Kliksberg, s.f.).

Para James Coleman (1990), el capital social se presenta tanto en el plano individual como en el colectivo. En el primero se relaciona con el grado de integración social de un individuo, con su red de contactos sociales, con los recursos sociales con los que cuentan los individuos para la consecución de sus objetivos. Esto implica la existencia de relaciones, expectativas de reciprocidad y comportamientos confiables.

Pero también es un bien colectivo, ya que la cooperación al interior de un grupo y

entre grupos o entre instituciones es vista como un mecanismo para disminuir costos y aumentar beneficios sociales, económicos, políticos, culturales, etc. Por ejemplo, si todos en un vecindario siguen normas tácitas de cuidar del otro y de no agresión, los niños podrán caminar a la escuela con seguridad, y el capital social producirá orden público.

La capacidad para establecer normas de cooperación y hacerlas cumplir, en el marco del dinamismo de las estructuras y de los conflictos sociales, es un aspecto del capital social que ha recibido mucha atención en el debate teórico y en los estudios empíricos.

En un contexto de grandes desigualdades sociales, exclusión, vulnerabilidad y de relaciones marcadas por la prebenda y la corrupción, parece difícil construir el capital social. No obstante, múltiples estudios han encontrado islas de capital social que dan una luz de esperanza.

La participación social, para que logre mayor efecto positivo, debe darse en el marco de relaciones de confianza y de comportamientos cívicos que conduzcan a lo que actualmente se denomina capital social.

2

El agua potable aumenta las capacidades y oportunidades de la gente

El agua es un recurso natural limitado y un bien público fundamental para la vida y la salud. Se la utiliza con diversos fines, aparte de los usos personales y domésticos, para el ejercicio de otros derechos.

Es indispensable que el servicio de agua potable, independientemente del proveedor, sea monitoreado y evaluado de forma permanente mediante indicadores de cantidad, cobertura, calidad, continuidad y costo.

Es también nutriente básica para el cuerpo humano y esencial para la vida. Provee minerales, facilita la digestión de alimentos, la absorción, transportación y uso de nutrientes y permite la eliminación de toxinas del cuerpo.

Las necesidades corporales de agua difieren entre las personas. Las embarazadas y las mujeres que amamantan requieren más agua que otras personas, al igual que las de tercera edad en días de mucho calor.

Este recurso es necesario también en la preparación de los alimentos. Dependiendo de los hábitos alimenticios determinados por la cultura gastronómica, los diferentes grupos sociales requerirán mayor o menor cantidad de agua para la preparación de sus alimentos. En definitiva, el derecho al agua permite el derecho a una alimentación adecuada.

El agua es indispensable en la higiene personal y ambiental, para lo cual se requiere un abastecimiento adecuado que permita el lavado de los alimentos y la ropa, y la higiene personal. Un número importante de enfermedades está asociado a los problemas de higiene. Por ejemplo, las diarreas (gastroenteritis por enterotoxina esta-

filocócica), las transmitidas vía fecal-oral (hepatitis, parasitosis, salmonelosis) y las de ojos y piel.

En un contexto de pobreza, sirve para procurarse un medio de subsistencia: el uso productivo del agua doméstica para la producción de alimentos y viveros a pequeña escala, la construcción de viviendas y la prestación de servicios (lavado de vehículos y de ropa), entre otros.

Dada su importancia, en noviembre del 2002, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas aprobó la «observación general» (interpretación de las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) que considera al agua un derecho humano; al agua potable, segura. Lo que obliga a los 145 países signatarios del pacto a promover y velar por el ejercicio de dicho derecho.

Por lo expuesto, es indispensable que el servicio de agua potable, independientemente del proveedor, sea monitoreado y evaluado de forma permanente mediante indicadores de cantidad, cobertura, calidad, continuidad y costo.

El derecho al agua potable implica:

- **Disponibilidad:** el abastecimiento de agua a cada persona debe ser continuo (periodicidad suficiente) y en cantidades necesarias para el uso personal y doméstico. Los usos comprenden, normalmente, el consumo (agua destinada a bebidas y alimentos), el saneamiento (evacuación de las excretas humanas), la preparación de alimentos (higiene alimentaria y preparación de comestibles, ya sea que el agua se incorpore a los alimentos o entre en contacto con éstos) y la higiene personal y doméstica (aseo personal y del hogar).
- **Calidad:** el agua necesaria para uso personal o doméstico debe ser salubre; por lo tanto, no debe contener microorganismos o sustancias químicas o radiactivas que puedan constituir una amenaza para la salud de las personas. Además, el agua debe tener un color, un olor y un sabor aceptables para uso personal o doméstico.
- **Accesibilidad:** el agua y las instalaciones y servicios de agua deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones:
 1. **La accesibilidad física:** el agua y las instalaciones y servicios de agua deben estar al alcance físico de todos los sectores de la población. Debe garantizarse el acceso a un suministro de agua suficiente, salubre y aceptable en cada hogar, institución educativa o lugar de trabajo o en sus cercanías inmediatas. Todos los servicios e instalaciones de agua deben ser de calidad suficiente y culturalmente adecuados, y deben tener en cuenta las necesidades relativas al género, el ciclo vital y la intimidad. La seguridad física no debe verse amenazada durante el acceso a los servicios e instalaciones de agua.
 2. **La accesibilidad económica:** el agua y los servicios e instalaciones de agua deben estar al alcance de todos. Los costos y cargos directos e indirectos asociados con el abastecimiento de agua deben ser asequibles, y no deben comprometer ni poner en peligro el ejercicio de otros derechos.
 3. **La accesibilidad universal:** el agua y los servicios e instalaciones de agua deben ser accesibles a todos de hecho y de derecho, incluso a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquier motivo.
 4. **La accesibilidad a la información:** la accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre las cuestiones del agua.



2.1. El papel del Estado

El Estado paraguayo, al ser signatario de los principales instrumentos internacionales señalados y al establecer -constitucionalmente y en diversas leyes- su compromiso por lograr el bienestar de su población, asumió tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir.

La obligación de respetar comprende, entre otros, el abstenerse de toda práctica o actividad que deniegue o restrinja el acceso al agua potable en condiciones de igualdad; de inmiscuirse, arbitrariamente, en los sistemas consuetudinarios o tradicionales de distribución del agua; de reducir o conta-

El Estado debe impedir que se menoscabe el acceso físico, en condiciones de igualdad y a un costo razonable, a recursos de agua suficiente, salubre y aceptable.



minar el agua, por ejemplo, con desechos procedentes de instalaciones pertenecientes al Estado; y de limitar el acceso a los servicios e infraestructuras de suministro de agua.

La obligación de proteger exige que se impida a terceros menoscabar, en modo alguno, el disfrute del derecho al agua. Por terceros se entiende particulares, grupos, empresas y otras entidades, así como quienes obren en su nombre.

Esta obligación comprende, entre otros, la adopción de medidas legislativas o de otra índole que sean necesarias y efectivas para impedir, por ejemplo, que terceros denieguen el acceso al agua potable en condiciones de igualdad, y contaminen o exploten en forma no equitativa los recursos de agua, con inclusión de las fuentes naturales, los pozos y otros sistemas de distribución de agua.

La obligación de cumplir exige que el Estado paraguay adopte las medidas necesarias para el pleno ejercicio del derecho al agua. Esta obligación comprende, entre otras, la necesidad de reconocer este derecho en el ordenamiento político y jurídico nacional, con preferencia mediante la aplicación de las leyes; adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de recursos hídricos para el ejercicio de este derecho; velar porque el agua sea asequible para todos; y facilitar un acceso mayor y sostenible al agua, en particular en las zonas rurales y en las urbanas desfavorecidas.

Cuando los servicios de suministro de agua (como las redes de canalización, las cisternas y los accesos a ríos y pozos) sean explotados o estén controlados por terceros, el Estado debe impedir que se menoscabe el acceso físico, en condiciones de igualdad y a un costo razonable, a recursos de agua suficiente, salubre y aceptable.

Para impedir abusos, debe establecerse un sistema normativo eficaz que prevea una supervisión independiente, una auténtica participación del sector público y la imposición de multas por incumplimiento.

La obligación de cumplir se subdivide en obligación de facilitar, promover y garantizar. La primera exige que se adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y a las comunidades a ejercer el derecho.

La segunda impone la adopción de medidas a fin de que se difunda información adecuada acerca del uso higiénico del agua, la protección de sus fuentes y los métodos para reducir los desperdicios del vital líquido.

Bajo la obligación de garantizar el Estado debe establecer sistemas de abastecimiento y saneamiento de recursos hídricos, así como mejorar las ya existentes, especialmente en las zonas rurales y urbanas pobres.

La ciudadanía también asume responsabilidades: garantizar que, mediante la acción colectiva, se extienda el agua desde las vías de conexión hasta las canillas y la letrina del hogar; mantener informada a las autoridades sobre las vías de conexión y la falta de ellas; asegurar que el agua se conserve en condiciones de calidad en el hogar y desear, en condiciones adecuadas, la basura y el agua servida del hogar.

Igualmente, la ciudadanía debe evitar el desperdicio, hacer un buen uso en el domicilio y evitar fugas internas del agua. En cuanto a la fuga y fallas fuera del domicilio, debe informar a las autoridades del organismo encargado de la distribución del precioso líquido.

2.2. El contexto jurídico e institucional del agua potable y saneamiento

El marco jurídico básico constituye la ley 860/80 «Código Sanitario», que «regula las funciones del Estado en lo relativo al cuidado integral de la salud del pueblo y los derechos y obligaciones de las personas en la materia» (art. 1.º). Bajo el Título II, esta ley establece, entre otros capítulos, el del saneamiento ambiental, el de la contaminación y polución, el del agua para consumo humano y de recreo, y el de los alcantarillados y de los desechos industriales.

Las transformaciones del marco jurídico experimentadas en los últimos años encaminaron al país hacia un mayor cumplimiento de sus obligaciones. La Constitución Nacional vigente establece, en su artículo 7, el derecho de toda persona a habitar en un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado.

Constituyen objetivos prioritarios de interés social la preservación, conservación, recomposición y mejoramiento del ambiente, así como su conciliación con el derecho humano integral. Establece, además, que todo daño al ambiente importará la obligación de recomponerlo e indemnizar a quienes lo sufren. Igualmente, menciona que a toda persona la asiste el derecho a reclamar a las autoridades públicas medidas para la defensa del ambiente, de la integridad del hábitat, entre otras.

La norma más reciente es la ley 3239, aprobada en el 2007, que tiene por objeto «regular la gestión sustentable e integral de todas las aguas y los territorios que la producen, cualquiera sea su ubicación, estado físico o su ocurrencia natural dentro del territorio paraguayo, con el fin de hacerla social, económica y ambientalmente sustentable para las personas que habitan el territorio de la República del Paraguay».

Esta ley sienta las bases para una futura política de recursos hídricos, reconoce el acceso al agua como un derecho humano, estableciéndose, además, la necesidad de determinar una cantidad mínima de agua potable a la que cada persona deberá acceder. Los derechos consuetudinarios de los pueblos indígenas en el uso, aprovechamiento y conservación de los recursos

hídricos también son garantizados por esta norma.

La ley 1614/00 «General del marco regulatorio y tarifario del servicio público de provisión de agua potable y alcantarillado sanitario para la República del Paraguay» establece que la titularidad de la competencia para prestar el servicio será de naturaleza pública y corresponde al Estado paraguayo, y crea el Ente Regulador de Servicios Sanitarios (ERSSAN), una entidad autárquica, con personería jurídica, dependiente jerárquicamente del Poder Ejecutivo y con competencia en todo el territorio de la República.

El ERSSAN tiene como finalidad regular la prestación del servicio, supervisar el nivel de calidad y de eficiencia del mismo, proteger los intereses de los usuarios, controlar y verificar la correcta aplicación de las disposiciones vigentes en lo que corresponda a su competencia.

Las instituciones encargadas de prestar el servicio de agua potable son varias: la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay (ESSAP), las juntas de saneamiento y las empresas aguateras. La ESSAP fue creada en el 2000 en el marco de un proceso, hoy truncado, de reorganización y transformación de algunas entidades descentralizadas dispuesta por la ley 1615.

Sin embargo, en el 2002, con el decreto 16636 nace e inicia sus operaciones con la transferencia de un conjunto de activos, pasivos y patrimonio neto de la Corporación de Obras Sanitarias de Asunción (CORPOSANA). El ámbito de acción de la ESSAP constituye las localidades de más de 10.000 habitantes.

El Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) es un organismo que depende del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) creado por la ley 369/72. Desarrolla varias funciones en las actividades de saneamiento ambiental: planificación, promoción, ejecución de obras tendientes a extender la provisión de agua potable y saneamiento.

Esta ley (3239/07) sienta las bases para una futura política de recursos hídricos, reconoce el acceso al agua como un derecho humano, estableciéndose, además, la necesidad de determinar una cantidad mínima de agua potable a la que cada persona deberá acceder.

La provisión de agua potable está fragmentada en diferentes instituciones públicas y privadas, y al no existir una política sectorial, los esfuerzos que se realizan en materia de inversión no son los más eficientes, además de hacer altamente costosa la regulación.

Tiene competencia sobre localidades de hasta 10.000 habitantes. Por su parte, el control de la calidad de los recursos hídricos y el establecimiento de normas técnicas respecto a la calidad del agua potable y su distribución es de responsabilidad de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) del MSPBS.

El SENASA cumple un rol central para las juntas de saneamiento, ya que, además de promoverlas, les presta asesoramiento técnico, administrativo y financiero. La cantidad de juntas reportada por el SENASA es de 2076, de las cuales 1289 cuentan con personería jurídica. Sin embargo, el ente regulador, ERSSAN, cuenta con el registro de 990 juntas de saneamiento.

Las empresas aguateras operan pequeños sistemas de agua potable y se ubican principalmente en las áreas urbanas cercanas a Asunción sin acceso al servicio público.

Las aguateras privadas están asentadas en los departamentos de Central (donde está la mayor cantidad), Misiones, Alto Paraná, Canindeyú, Caaguazú e Itapúa. Las aguateras son reguladas por el ERSSAN, tanto en lo referente a la calidad del agua como a la tarifa por litro. Para la concesión se requiere un proceso licitatorio. Para los usuarios, el costo mensual del servicio, en el 2005, oscilaba entre G. 15.000 (US\$ 2,5) y 30.000 (US\$ 5) (López, 2007).

El marco jurídico e institucional incluye a las juntas de saneamiento como otra de las instituciones proveedoras de agua potable, sobre todo para el sector rural o en pequeñas localidades urbanas. También son reguladas por el ERSSAN, pero, a diferencia de las empresas aguateras, su instalación no requiere una concesión, sino la voluntad de un grupo de pobladoras y pobladores para organizar, en primer lugar, la junta y luego desarrollar las funciones que le competen legalmente.

Esta segunda modalidad de actuación de los prestadores del servicio, distinta de la concesión, es la del permiso. Las juntas son denominadas permissionarias, y actúan bajo regulaciones especiales conforme al artículo 38 del decreto reglamentario 18880/02.

Igualmente, es importante considerar la función de los municipios en este espectro de involucrados institucionales. La ley 1294/87 «Orgánica Municipal», en su artículo 18, inciso m, establece entre las funciones de las municipalidades:

«La provisión de los servicios de alumbrado, aprovisionamiento de agua y alcantarillado sanitario, en los casos en que estos servicios no fueren prestados por otros organismos públicos».

Como es posible observar, la provisión de agua potable está fragmentada en diferentes instituciones públicas y privadas, y al no existir una política sectorial, los esfuerzos que se realizan en materia de inversión no son los más eficientes, además de hacer altamente costosa la regulación.

Las juntas de saneamiento deben su origen a la ley 369/72 que crea el SENASA. Posteriormente, la ley 908/96 amplía y modifica algunos artículos de la citada ley, incorporando a las gobernaciones como organismos promotores de las juntas de saneamiento.

Estas juntas, según el marco jurídico que las rige (ley 369/72 y el decreto reglamentario 910/74 que reglamenta el funcionamiento de las juntas de saneamiento), constituyen una forma de organización comunitaria, basadas en una participación voluntaria y democrática:

«Artículo 13.º Con la finalidad de obtener la participación comunitaria en la elaboración y ejecución de los programas locales de saneamiento y en el gobierno y control de las obras que se realicen, SENASA promoverá en cada Distrito de la República, conjuntamente con la municipalidad local, la organización de una Junta constituida por vecinos que sean usuarios o beneficiarios de dichas obras. Cada Junta contará con una Comisión Directiva cuyos miembros serán elegidos en asamblea de la misma Junta, a excepción de uno, que será designado directamente por la Municipalidad local.

Artículo 17.º La Comisión Directiva de la Junta tendrá de 5 a 9 miembros, quienes no gozarán, en tal carácter, de remuneración de ninguna naturaleza. La organización, atribuciones y obligaciones y la fiscalización de la



Comisión Directiva y de las filiales de la Junta en las zonas rurales, serán establecidas en los respectivos Estatutos de las Juntas».

Se constituyen formalmente y se comprometen, tanto con el sector público como con la ciudadanía a la que representan, a cumplir determinadas funciones. Su papel es central para el mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad.

“Artículo 14.º SENASA gestionará, por conducto del Ministerio, el reconocimiento de las Juntas como personas jurídicas y la aprobación de los Estatutos Sociales.

Artículo 15.º SENASA podrá promover, de común acuerdo con las Juntas y las Municipalidades locales, la creación de filiales de dichas Juntas en las zonas rurales donde proyecte realizar servicios de saneamiento; siempre sobre la base de la finalidad establecida en el Artículo 13 de esta ley.

Artículo 16.º El objeto y las funciones de las Juntas son los siguientes:

- a) colaborar con SENASA en la orientación y organización de las comunidades en relación a los problemas de saneamiento,*
- b) representar a los usuarios y beneficiarios de servicios de saneamiento;*
- c) participar en la elaboración de los programas locales de saneamiento y en su ejecución;*
- d) contratar con SENASA y con los usuarios o beneficiarios locales la prestación de los servicios de saneamiento;*
- e) administrar los sistemas de agua potable y las obras de disposición de excretas y basuras construidos por SENASA y vigilar el correcto uso y funcionamiento de los pozos de agua y de las letrinas sanitarias también construidos por SENASA;*
- f) contratar y dirigir de común acuerdo con SENASA, el personal local de su administración y de los servicios y obras de saneamiento realizados por SENASA; y*
- g) realizar otros actos que le correspondan por su naturaleza.*

Artículo 18.º Las Juntas deberán coordinar obligatoriamente sus actividades, en lo que sea pertinente, con las municipalidades locales».

La ley 1614/00 modifica algunas competencias del SENASA, ya que el artículo 100 las limita: «El Servicio Nacional de Saneamiento

Ambiental (SENASA), a partir de la entrada en vigencia de esta ley, ya no tendrá facultades regulatorias o fiscalizadoras respecto del servicio regulado y controlado por el ERSSAN»; mientras que el 101 las amplía: «El SENASA queda facultado a promover, ejecutar obras y dar asistencia organizativa, administrativa y técnica, para la prestación del servicio objeto de esta ley en poblaciones que tengan un número igual o menor a diez mil habitantes, sean ellas urbanas o rurales».

El papel del SENASA es sumamente importante para la expansión de la red de agua potable, ya que según el Censo del 2002 la mitad de los distritos en el país contaba con menos de 10.000 habitantes.

A partir del decreto 3617/04 se «establece una política de financiamiento relacionada con la inversión en el sistema de agua potable en el sector rural con recursos de la donación, del préstamo y del fondo público», con el fin de «posibilitar el acceso al servicio de agua potable en igualdad de condiciones a la mayor cantidad posible de usuarios» y cumplir con el Objetivo de Desarrollo de Milenio (ODM) asumido por el Estado paraguayo.

Las juntas de saneamiento participan en la construcción de la infraestructura necesaria para almacenar y distribuir el agua. Su aporte consiste, principalmente, en contribuciones en efectivo, en materiales de construcción y en tiempo de trabajo (mano de obra). El SENASA financia, a largo plazo, la mayor parte de la obra.



Las juntas de saneamiento participan en la construcción de la infraestructura necesaria para almacenar y distribuir el agua. Su aporte consiste, principalmente, en contribuciones en efectivo, en materiales de construcción y en tiempo de trabajo (mano de obra).

Cuadro N° 1 Formas de financiamiento (%)

Fuente de financiamiento	Núm. de conexiones ≤150	Núm. de conexiones >150	Comunidades indígenas
Aporte en efectivo de la comunidad antes del inicio de las obras	1	5	0
Aporte en efectivo de la comunidad durante la construcción	2	10	0
Aporte en especie	15	15	15
Subsidio estatal	82	40	85
Préstamo a la comunidad a largo plazo	0	30	0
Total	100	100	100

Fuente: decreto 3617/04.

2.3. Acceso a agua potable y saneamiento

La disparidad en el acceso a agua en red entre los sectores urbano (83,6%) y rural (49,2%) es significativa.

En los últimos quince años, si bien se han logrado avances en esta materia, aún queda un gran segmento de la población sin cobertura de agua potable proveída por instituciones públicas o privadas reguladas jurídicamente.

Cuadro N°2 Evolución de la población con acceso a agua en red* (%)

Año	Total	Área Urbana	Área Rural	Pobre	No Pobre
1992	29,8	57	2,9		
1995	39,1	67,9	8,9	-	-
1997/98	40,4	71,1	11,6	21,4	49,7
1999	44,9	70,7	14,8	31,8	51,6
2000/01	52,5	79,6	20,7	42,4	57,7
2002	53,3	76,2	23,2	45,9	59,8
2003	58,7	79,1	32,5	53,1	62,6
2004	58,2	77,1	33,2	53,1	61,5
2005	61,5	80,6	35,2	55,9	65,0
2006	65,3	80,3	44,6	-	-
2007	69,3	83,6	49,2	67,5	70,7

Fuente: Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe del Paraguay. Asunción, 2005 y Encuestas de Hogares 2004- 2007.

* Agua en red: agua de SENASA, ESSAP (ex CORPOSANA) y red privada.

En el 2007, poco más de dos tercios de la población contaba con agua en red, y aunque el avance experimentado desde 1992 es notorio -ya se logró la meta establecida por los ODM para el 2015: 65% (PNUD, 2006). El logro es aún mayor si se considera el acceso a agua mejorada en vez de agua en red. La disparidad en el acceso a agua en red entre los sectores urbano (83,6%) y rural (49,2%) es significativa. Las personas

Pobres o que viven en el área rural obtuvieron los incrementos más importantes, pero aún así la población rural con respecto a la urbana se encuentra muy rezagada.

Los pueblos indígenas están prácticamente excluidos de este servicio. Según los datos de la Encuesta de Hogares Indígenas 2008, sólo el 5,9% de dicha población accede al agua potable.

Cuadro N°3

Suministro y tipo de acceso al agua (%)

ÁREA DE RESIDENCIA						
	Urbana			Rural		
	Lugar de Abastecimiento			Lugar de Abastecimiento		
Fuente de agua	Fuera de la vivienda, dentro del terreno	Dentro de la vivienda	Fuera de propiedad*	Fuera de la vivienda, dentro del terreno	Dentro de la vivienda	Fuera de la propiedad*
ESSAP/SENASA	66,0	66,6	60,6	46,5	47,3	23,9
Pozo artesiano	0,9	2,2	2,3	0,7	5,3	1,0
Pozo sin bomba			22,8			50,4
Pozo con bomba	7,9	9,3	4,6	15,2	25,1	7,9
Red privada	18,7	17,5	6,3	11,5	10,6	5,0
Red comunitaria	6,6	4,3	1,5	24,3	9,1	5,0
Tajamar - río			1,9	1,8	0,4	6,8
Aljibe			0,0		2,2	0,0
Total de grupo	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con base en DGEEC, EPH 2007

* incluye canilla pública, vecino, aguatero y otros

Tan importante como el acceso al agua potable, constituye, por una parte, la forma de abastecimiento, dado que su exposición al manipuleo puede afectar su limpieza y potabilidad y, por otra, los sistemas de saneamiento básico, que permitan mantener el agua en condiciones adecuadas para su consumo y el ambiente saludable.

El acceso al agua potable está directamente vinculado con la consecución de otros ODM referidos a la pobreza, salud, nutrición y vivienda.

No obstante la mejoría experimentada en el acceso al agua potable, la universalización es necesaria y posible, en el medio plazo, sobre todo considerando que el Paraguay es un país con gran potencial hídrico que cuenta con la mayor disponibilidad prome-

dio per cápita de agua en América Latina: 63.000 m³/habitante/agua (BID, 2005).

Tan importante como el acceso al agua potable, constituye, por una parte, la forma de abastecimiento, dado que su exposición al manipuleo puede afectar su limpieza y potabilidad y, por otra, los sistemas de saneamiento básico, que permitan mantener el agua en condiciones adecuadas para su consumo y el ambiente saludable.

Cuadro N° 4

Formas de abastecimiento de agua en hogares (%)

Forma de abastecimiento de agua	Condición de pobreza		Total
	Pobre extremo	No pobre	
Cañería fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad	30,2	12,5	16,1
Cañería dentro de la vivienda	33,8	71,4	64,1
Agua dentro de la propiedad (Ej. pozo sin bomba)	24,1	12,2	14,6
Vecino	11,8	3,8	5,1
Canilla pública y otros medios	0,1	0,1	0,1
Total	100	100	100

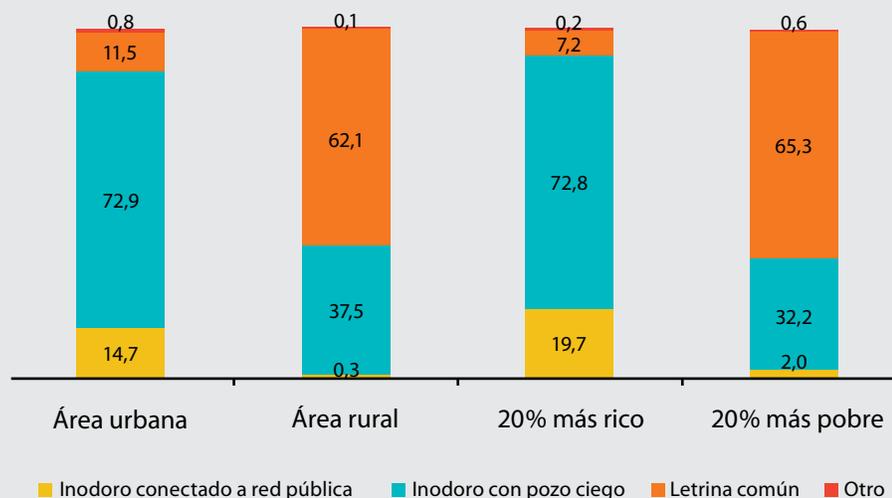
Fuente: PNUD, Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2008, con base en DGEEC, EPH 2007.

En general, el acceso a los servicios de saneamiento básico (red pública en área urbana e inodoro con pozo ciego en el rural) es muy restringido a nivel nacional, por lo que la meta

de los ODM de llegar a una cobertura del 55% para el 2015 está lejana. Sin embargo, la meta tendría posibilidades de ser alcanzada, si se considera el concepto de saneamiento mejorado (que incluye red pública y pozo ciego tanto en área urbana como rural).

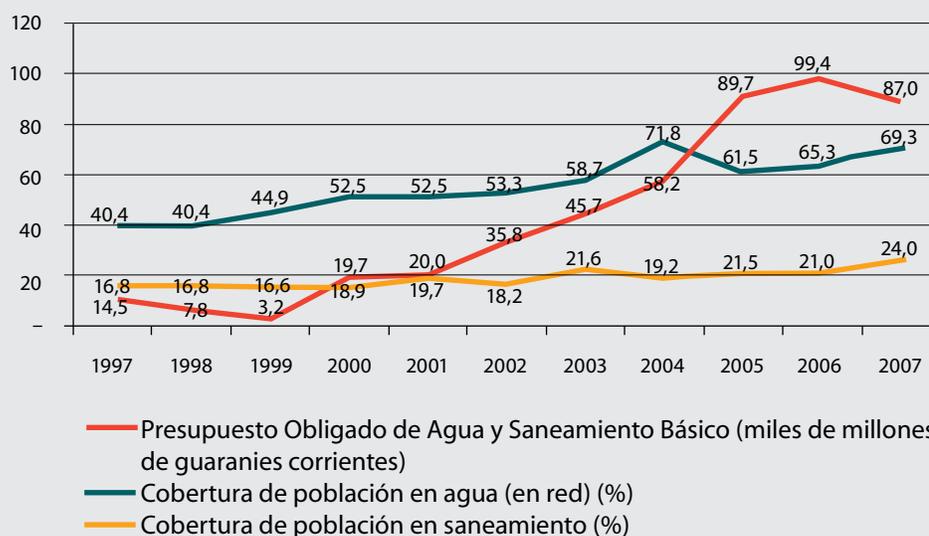
La evolución favorable de la inversión no se tradujo en similar proporción en un aumento de la cobertura de agua potable y servicios de saneamiento.

Gráfico N° 1 Población por tipo de servicio sanitario (%)



Fuente: PNUD, Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2008 con base en DGEEC, EPH 2007

Gráfico N° 2 Presupuesto para agua y saneamiento básico y cobertura de ambos servicios.



Fuente: Elaboración propia con base en DGEEC, Encuestas de Hogares y PNUD/UNICEF/UNFPA, Programa conjunto "Invertir en la gente"

La evolución favorable de la inversión no se tradujo en similar proporción en un aumento de la cobertura de agua potable y servicios de saneamiento. Como en el resto del sector público, para lograr la meta comprometida se requiere una mayor eficiencia en la ges-

ción pública. Cabe señalar, además, que en la ampliación de la cobertura de la red pública de agua hay un importante aporte de las familias involucradas, tanto en mano de obra como en recursos monetarios.

2.4. La ciudadanía se organiza

Según datos de SENASA, actualmente, existen 2.060 juntas de saneamiento en la región Oriental y 16 en la región Occidental. También existen las comisiones de saneamiento, que son organizaciones que no cuentan con personería jurídica. Existen 677 en la región Oriental y 128 en la región Occidental.

Las juntas de saneamiento surgen a iniciativa de la ciudadanía, en algunos casos; y en otros del SENASA cuando éste cuenta con recursos financieros. Si el interés surge del SENASA, el trabajo se inicia con conversaciones con líderes comunitarios, autoridades locales, el sacerdote del lugar u otra persona que demuestre interés y pueda impulsar la iniciativa.

En cualquier caso, la ciudadanía debe organizarse y realizar su primera asamblea constitutiva en la que se nombran a los miembros de la primera comisión directiva de la junta de saneamiento. Las comisiones duran dos años en sus funciones y pueden tener entre 5 y 9 miembros. Todos son elegidos a través de una asamblea ordinaria, a excepción de uno que es designado directamente por la Municipalidad local.

«Nuestra Junta se inició a través de un Proyecto llamado BIRF 3, de la SENASA, se conformó una Comisión Vecinal a través de la Junta Municipal y se inició el trabajo, era la preocupación de la vecindad. El Señor Silvano Flores, es el poblador de la comunidad que inició el trabajo y fue el primer presidente de la Junta de Saneamiento. La contaminación fue lo que motivó a la gente, porque el suelo ya estaba todo contaminado y nosotros queremos beber agua limpia, y solamente eso se puede conseguir a través de la Junta de Saneamiento». (Ramón, Luque).

Luego de la primera asamblea ordinaria de constitución, se organiza una asamblea extraordinaria en la que se aprueban los estatutos. Este documento regula, entre otras actividades, la admisión, suspensión, expulsión y retiro de los usuarios y la administración, gestión y contraloría de la junta y de la comisión directiva. A partir de la existencia de un estatuto, se gestiona la personería jurídica de la junta. La principal ventaja de la formalización es la capacidad de sus autoridades para exigir el cobro de la cuota mensual.

La autoridad máxima de una junta de saneamiento es la asamblea. La asamblea ordinaria se reúne anualmente para nombrar a los miembros de la comisión directiva y recibir la rendición de cuentas de la comisión saliente. No obstante la relevancia de la asamblea, por lo general no hay una participación masiva, sobre todo cuando no hay problemas en la provisión de agua o conflictos entre las personas asociadas. Las juntas se formalizan a través de un decreto del Poder Ejecutivo, el que les confiere personería jurídica. El marco fiscal exige también esta formalización.

Los miembros de la comisión directiva trabajan de manera voluntaria. No todas las comisiones directivas funcionan continua y sistemáticamente. Algunas resultan mejor que otras. Uno de sus integrantes es el representante de la Municipalidad, que, en líneas generales, participa poco debido a que no tiene remuneración adicional que le permita movilizarse, porque existe más de una junta por distrito, y muchas compañías carecen de medios de transporte. Estos factores complican la participación de la Municipalidad. Para el trabajo más técnico, se contratan personas con competencias específicas dependiendo de la cobertura y capacidad de pago de la junta.

«En la campaña (interior del país) la gente son estáticas, no quieren participar en las reuniones, en las asambleas participan diez, quince personas, entonces qué pasa, no le controlan a su junta de saneamiento, están conformes con recibir el agua. Cuando hay conflicto lo que participan, cuando no hay agua ahí sí».

En las juntas de saneamiento de mayor cobertura ocurren conflictos debido a la influencia de los políticos y a la idea generalizada de que la junta constituye un espacio de poder donde se practica el clientelismo político.

No obstante la relevancia de la asamblea, por lo general no hay una participación masiva, sobre todo cuando no hay problemas en la provisión de agua o conflictos entre las personas asociadas.

2.5. Las juntas de saneamiento en acción

Con la cuota mensual, además del pago del préstamo al SENASA, si lo hubiere, se financia la construcción del tanque, la electrobomba y su mantenimiento, el control de calidad del agua (que cuesta aproximadamente G. 250.000), el aporte del 2% al ERSSAN, 10% de IVA, y el pago a la asociación de juntas, si existiere alguna en el departamento.

Una vez integrada la junta de Saneamiento y con sus estatutos en orden se inicia la evaluación técnica: estudios topográficos, sondeo eléctrico para la correcta ubicación del pozo, necesidades de insumos, dimensión del tanque elevado en función de la cobertura, etc. Completada la carpeta técnica, se solicita de la junta que consiga el terreno en el que es posible ubicar el pozo. Esto implica la compra o solicitud de donación del lugar.

Durante el proceso de construcción, el SENASA capacita a los miembros de la comisión. El contenido de los cursos incluye competencias y funciones de la junta y de su comisión directiva, administración de los recursos y elaboración de presupuestos y cálculo de costos, manejo e higiene del tanque.

Paralelamente, se capacita a miembros de la comunidad (futuros operadores) en electricidad y plomería, a fin de que den el adecuado mantenimiento a la infraestructura y puedan realizar las conexiones hasta las viviendas. La institución también puede, en función de la demanda, capacitar en el cuidado y manejo del agua en el hogar.

El inicio de las obras requiere el aporte económico de los futuros usuarios, que implica la organización de la comunidad para realizar actividades de recolección de fondos. Otra forma en que la comunidad participa activamente es a través de su trabajo en la instalación de cañerías. El decreto 3617/04 establece los porcentajes de aporte de acuerdo con el número de conexiones.

«A cada usuario se le cobraba 125.000 guaraníes más la conexión cuyo costo es de 250.000, eso pagaba sin falta cada uno, también se cobró a través del trabajo que realizaba la gente, ese era otro aporte grande, prácticamente mitad era trabajo y mitad con el aporte directo. Desde que se inició se cobró 10.000 guaraníes mensuales a cada usuario desde hace 9 años, desde el inicio estoy como administrador y se mantenía ese precio. Ahora lo que se agrega es el cobro del 10% de IVA y otro impuesto que se llama ERSSAN se cobra otro 2%, por tanto el total que se cobra es de 11.200 guaraníes por el consumo mínimo que es de 15.000 litros mensuales. Pero pasando esa cantidad se cobra 1 guaraní por cada litro de consumo y más el

IVA correspondiente. El presupuesto anual es de alrededor de 100.000.000 de guaraníes». (Ramón, Luque).

Con la cuota mensual, además del pago del préstamo al SENASA, si lo hubiere, se financia la construcción del tanque, la electrobomba y su mantenimiento, el control de calidad del agua (que cuesta aproximadamente G. 250.000), el aporte del 2% al ERSSAN, 10% de IVA, y el pago a la asociación de juntas, si existiere alguna en el departamento.

Una mora en el pago de la deuda al SENASA superior a tres meses implica la intervención de la junta, lo que, probablemente, según las entrevistas con los usuarios, se traduciría en un incremento de la cuota.

Una cantidad importante de juntas de saneamiento no logra financiar totalmente el servicio. Las tarifas establecidas cubren los gastos de operación, mantenimiento y amortización de las deudas asumidas para la construcción de las obras de infraestructura, no así para la reposición de equipos.

En el 2005, el SENASA realizó un estudio basado en una muestra de 197 juntas de saneamiento. Según este trabajo, la tarifa máxima mensual por conexión cobrada por consumo de agua potable era de G. 20.000 (US\$ 3,28), mientras que la tarifa mínima era de G. 5.000 (US\$ 0,82). El derecho de conexión tenía un valor promedio de G. 500.000 (US\$ 81) (López, 2007).

El traspaso de responsabilidades hacia la comunidad debe considerar la capacidad de pago que ésta tenga, para que el financiamiento del agua potable no implique quedar fuera de la red o sacrificar recursos para satisfacer otras necesidades esenciales.

«Por otro lado es importante que contemos con el apoyo de los entes, porque la descentralización que experimentamos se da en término de responsabilidades, pero no hay transferencia de recursos para poder contar con los servicios adecuados para la población». (Hermes, Piri-bebuy).

El caso de la comunidad de Naranjaisy (distrito de Villeta, departamento Central) es un ejemplo en este sentido. La comisión de agua se formó hace diez años y fue financiada, en su totalidad, por la comunidad,

incluyendo la contratación de un ingeniero que realizó los cálculos y asesoró en la construcción del pozo, del tanque elevado y de la red de cañerías.

Uno de los principales problemas para la sostenibilidad de las juntas de saneamiento es el crecimiento de la tasa de morosidad y el consiguiente corte del servicio, lo que deriva en otro problema: el de la relación entre los vecinos, particularmente en los casos de juntas relativamente pequeñas.

«En estos momentos por el problema que hay en el país hay mucha morosidad, tenemos alrededor del 50% de morosidad. En esos casos notificamos (al usuario), pero lamentablemente en casos extremos hasta llegamos a cortar el agua. Son los casos que no pagan por lo menos hasta 12 meses porque no tienen medios para pagar, pero otros se despreocupan también». (Ramón, Luque).

«Tenemos un estatuto donde se establece que se tiene tres meses de tiempo para la notificación y se le da 15 días de plazo para que se ponga al día el usuario y luego procedemos al corte del servicio. Pero como trabajamos ad honorem no queremos estar en conflicto con nuestros vecinos. Además la Junta tiene rostro en la comunidad a diferencia de COPACO (Compañía Paraguaya de Comunicaciones S.A.) y ANDE (Administración Nacional de Electricidad), ellos cortan el servicio y desaparecen, pero nosotros somos parte y representante de la comunidad, por lo que es más difícil proceder en esos casos con la gente que no paga. Y muchas veces llegamos al corte, lamentablemente». (Hermes, Piribeby).

La sostenibilidad también depende de la existencia de medidores, ya que, en muchos casos, principalmente en las áreas urbanas o en las cabeceras distritales, el consumo de agua se incrementa en algunas viviendas por el lavado de vehículos, el riego del jardín, la cantidad de baños, entre otros factores.

«La debilidad fundamental de todas las juntas es la falta de medidor en la medida que está dando servicio a la comunidad, porque con el tiempo no es sustentable si no se tiene previsto atender este aspecto, incluso puede llegar a terminar, no puede sostenerse en el tiempo». (Hermes, Piribeby).

«Por lo que yo veo, le ha cambiado mucho a las comunidades rurales cuando se empieza a construir el sistema ahí. Y ha mejorado bastante, cuando una comunidad cuenta con

sistema de agua corriente a los un año más o menos se ve el resultado porque la mejora que tienen ellos en la casa, en el aseo incluso de la casa mejora bastante». (Mario, SENASA).

El tamaño de la junta de saneamiento, las condiciones socioeconómicas de la población beneficiada, el nivel de asociación y el compromiso de los miembros de la comisión directiva determinan las actividades de estas comisiones. Aquellas que cuentan con mayores recursos y organización poseen local, alquilado o propio, una computadora y algún sistema de cobro informatizado, medidores en las viviendas, equipo clorador y máquina controladora de agua.

Estas juntas, además, ya se encuentran incurriendo en la construcción de alcantarillados sanitarios. Para ello no sólo reunieron los fondos necesarios, sino que gestionaron también la asistencia técnica de organismos no gubernamentales como ALTERVIDA, lo que da cuenta de su capacidad de autogestión.

No obstante la importancia y el déficit de los servicios de saneamiento, las juntas han experimentado muy escasos avances en la provisión de los mismos, aun cuando entre sus fines está el de «administrar los sistemas de agua potable y las obras de disposición de excretas y basuras y vigilar el correcto uso y funcionamiento de los pozos de agua y de las letrinas sanitarias construidos en la comunidad». (Dto. 8910/74, art. 8).

Uno de los principales problemas para la sostenibilidad de las juntas de saneamiento es el crecimiento de la tasa de morosidad y el consiguiente corte del servicio, lo que deriva en otro problema: el de la relación entre los vecinos, particularmente en los casos de juntas relativamente pequeñas.



Tanque elevado en Naranjaisy – zona sur

No obstante la importancia y el déficit de los servicios de saneamiento, las juntas han experimentado muy escasos avances en la provisión de los mismos.

Las juntas, tanto para las obras de agua potable como de saneamiento, asumen la responsabilidad de dar cumplimiento a lo establecido en la ley 294/93, que establece que los proyectos de obra o actividades públicas o privadas, como la «construcción y operación de conductos de agua, petró-

leo, gas, minerales, agua servida y efluentes industriales en general» requieren de la Evaluación de Impacto Ambiental y precisan de una licencia ambiental expedida por la Secretaría del Ambiente.

Junta de Saneamiento de Itauguá

En 1973 se conformó la comisión organizadora que sería más tarde la junta de saneamiento con el fin de colaborar con el SENASA para la construcción de un sistema de agua potable para la ciudad de Itauguá. Un año después quedó legalmente constituida.

En 1975 se concluyó la perforación del pozo de 120 metros de profundidad y un caudal de 20.000 litros de agua por hora, y se inició la construcción del tanque elevado de hormigón armado, con capacidad para 60.000 litros. La red de distribución abarcaba nueve manzanas de la ciudad y beneficiaba a 202 viviendas.

El sistema de provisión de agua solo pudo habilitarse cuatro años después, en 1979, debido, sobre todo, a conflictos surgidos en la comunidad, a la incredulidad de la ciudadanía y a dificultades económicas. Ese mismo año se efectuó la primera ampliación del sistema incorporando nueve manzanas más, que incluía las que cruzaban la ruta Mcal. Estigarribia.

En 1980, la extensión de cañerías hasta el centro de Salud, financiada por el SENASA, permitió aumentar nuevamente el área cubierta. En 1981 se instalaron los primeros hidrómetros (medidores) en los domicilios de los usuarios. Durante los siguientes 25 años la infraestructura fue creciendo, hasta inauguró un local propio.

Hoy, esta junta presta servicios a 6.300 hogares, equivalentes a aproximadamente el 50% de la población distrital. Cuenta con 11 pozos con una capacidad de bombeo de 451.000 litros por hora y con ocho tanques elevados con capacidad para almacenar 1.000.000 litros de agua, además de tres reservorios subterráneos.

Los excedentes que generan las operaciones de la junta se reinvierten constantemente, pudiendo mantener la continuidad y calidad de la prestación de agua. La buena gestión permitió que en el 2005 se iniciara el proyecto del alcantarillado sanitario y la implementación del Plan de Saneamiento de la Ciudad de Itauguá. La elaboración del plan contó con la colaboración técnica de ALTERVIDA, una ONG ambientalista.

2.6. Las juntas de saneamiento se asocian

La gran expansión de las juntas de saneamiento imposibilita que el SENASA pueda cumplir eficazmente su rol, lo que genera la necesidad de crear asociaciones de juntas de saneamiento.

El objetivo de estas asociaciones es proveer maquinarias (motobombas, equipo clorador) a un costo accesible, y brindar asistencia técnica, sobre todo a las juntas pequeñas, que, por lo general, no cuentan con recursos para pagar a profesionales o a instituciones públicas o privadas.

Un ejemplo de esto es la Asociación de Juntas de Saneamiento de Cordillera (AJUSCOR) con asiento en Piribebuy, donde cuenta con una oficina. Con el apoyo de la cooperación internacional, a partir del 2004 posee un taller móvil que hoy presta servicios a las 70 juntas asociadas. Se inició con 18 y paulatinamente fueron integrándose otras.

Las juntas de saneamiento aportan una cuota mensual, a veces fija y otras veces dependiendo del número de conexiones:

Cuadro N°5		Cuota mensual de las juntas de saneamiento (AJUSCOR)
Conexiones	Monto mensual en G.	
1 a 500	50.000	
501 a 1000	75.000	
1001 en adelante	100.000	

Fuente: entrevista a Hermes Coronel, presidente de la AJUSCOR, 2007.

El objetivo de esta asociación es la capacitación permanente de los miembros de las juntas afiliadas y la creación de espacios para compartir experiencias y mejorar la gestión de las mismas. Adicionalmente a estos objetivos, la asociación presta servicios de diferente tipo: arreglo de motor, de la bomba, del tablero, incluso los feriados y los domingos.

Según Hermes, «tenemos la misión de ofrecer agua todos los días, sin interrupción». Estos servicios no dejan excedentes a la asociación, porque son equivalentes al costo. El presupuesto anual de esta institución es de alrededor G. 42.000.000 anuales.

Cuadro N°6		Costo de algunos servicios (AJUSCOR)
Servicios ofrecidos	Costo en G.	
Desmontaje y montaje con caño galvanizado	600.000	
Desmontaje y montaje con caño plástico	300.000	
Reparación de tableros	150.000	

Fuente: entrevista con Hermes Coronel, presidente de la AJUSCOR, 2007.

Asimismo, la Asociación ha logrado, en la Administración Nacional de Electricidad (ANDE), el cambio de categoría de unas 20 juntas asociadas, pasando al tipo industrial, lo que significa un ahorro de entre 20% y 30% en el costo de la electricidad, de acuerdo con el Kw/h utilizado.

El SENASA, con fondos de créditos internacionales, equipó a ocho asociaciones de juntas, con electrobombas, tableros, medidores, llaves de caño, computadoras, faxes y vehículos. Igualmente, capacitó a sus técnicos electricistas y plomeros.

El objetivo del SENASA es crear una organización intermedia que ejecute parte de sus funciones, para lo cual incentiva a las juntas a asociarse. Sin embargo, las asociaciones ya creadas no quieren expandirse a un ritmo más acelerado, porque no podrán hacer frente a las expectativas, no sólo por falta de fondos, sino por incapacidad técnica y organizativa.

El objetivo de estas asociaciones de juntas de saneamiento es proveer maquinarias (motobombas, equipo clorador) a un costo accesible, y brindar asistencia técnica.



Junta de Saneamiento de Itauguá

2.7. Oportunidades y desafíos de las juntas de saneamiento

La mayoría de los gobiernos departamentales y municipales no incorporan la inversión en agua potable y saneamiento como un posible destino de sus regalías (de las hidroeléctricas binacionales).

- En el marco de las acciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), se promueve, en la región, los Planes de Seguridad del Agua (PSA) como un importante instrumento de gestión del agua potable. En julio del 2008, se llevó a cabo en Asunción una reunión entre los principales responsables del tema en el sector público, la que concluyó con la identificación de líneas de acción para la implementación de los PSA en el Paraguay. La modalidad de operación de las juntas deberían enmarcarse en estos Planes.
- El marco jurídico e institucional incentiva la participación ciudadana al dotarle a las juntas la posibilidad de participar en los planes locales de saneamiento y en la provisión de agua potable. Sin embargo, la ausencia de una política con metas de cobertura que permita una planificación integral en el sector, tanto en materia de agua y saneamiento como de coordinación institucional, impiden mejores resultados, dados los recursos actualmente existentes.
- La creación del ERSSAN ha representado un importante avance. Antes de su creación, no existía una institución con competencias de coordinación y promoción del desarrollo del sector. Esta carencia afectaba las posibilidades de planificación, coordinación, comunicación, de gestión y de recursos humanos, ocasionando dispersión y duplicidades. No obstante, queda el desafío para esta institución: lograr mayor eficacia en su gestión.
- La normativa actual incorporó un mecanismo de financiamiento que facilitaría a las juntas iniciar sus actividades con resultados posibles a corto plazo. Este aspecto adquiere especial relevancia en comunidades rurales pobres, que es donde se ubican muchas de las juntas de saneamiento. En este caso, el sector privado (las aguaterías) no tiene incentivos económicos, dada la baja densidad de hogares y el consiguiente costo de extensión de las redes de cañerías. En estas localidades, tampoco la ESSAP está presente ya que esta institución presta servicios en las comunidades que cuentan con más de 10.000 habitantes.
- Este mecanismo de financiamiento, junto con la estructura tarifaria actual de las juntas de saneamiento da lugar a un subsidio, pero impide garantizar los recursos necesarios para el mantenimiento de los equipos. El debilitamiento financiero de las juntas puede causar, incluso, la pérdida del servicio.
- Diversos organismos internacionales han financiado la ampliación de la infraestructura, pero con distintas condiciones financieras, técnicas y de gestión, factor que dificulta los procesos operativos y ejecutivos de los préstamos y proyectos.
- La carencia de un sistema financiero apropiado para el sector impide la efectiva canalización y disponibilidad de las inversiones. La mayoría de los gobiernos departamentales y municipales no incorporan la inversión en agua potable y saneamiento como un posible destino de sus regalías (de las hidroeléctricas binacionales), a pesar de la organización social existente y de la relevancia del agua potable para solucionar una parte importante de los problemas de salud de la población, especialmente de la infantil e indígena.
- El SENASA es la institución pública responsable de promocionar la creación de las juntas de saneamiento y de brindar a éstas asistencia técnica, administrativa, organizativa y financiera. Para este efecto, precisa ser fortalecido en sus capacidades. El análisis del funcionamiento de las juntas de saneamiento revela que el éxito de las mismas depende de estos factores, pero también del capital social, para cuyo incremento esta institución no cuenta con estrategias ni recursos humanos.
- Con relación a los recursos humanos de las juntas, no existe un programa nacional efectivo de formación y capacitación del personal que maneja los programas técnicos y de campo.

- Debido al escaso o nulo acompañamiento por parte de las autoridades competentes, el crecimiento poblacional repercute negativamente en la provisión de agua potable. A medida que se extiende la red de cañerías, sin proyecto técnico, la presión del agua se reduce, los que reciben menos dejan de pagar, situación esta que afecta la sustentabilidad financiera de la junta.
- La calidad del agua es uno de los mayores desafíos. Como se pudo observar, el importante número de juntas de saneamiento, su dispersión geográfica y su ubicación rural, torna sumamente complicada la vigilancia de las condiciones sanitarias de los pozos y de las redes de distribución. A esta situación se suman los problemas de gestión del sector público involucrado: funcionarios con débil compromiso, capacidades, responsabilidad e incentivos para realizar un trabajo que conduzca a un efecto con resultados medibles y verificables, escaso presupuesto para los insumos requeridos en el control del agua y para la movilidad del funcionariado, así como excesiva centralización de la gestión del SENASA.
- Para mejorar la calidad del agua es necesario fortalecer las acciones de vigilancia, sobre la base de las Guías para la Calidad del Agua Potable, elaboradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), las que incorporan, además de cuestiones de política, gestión, organización y vigilancia, aspectos técnicos puntuales microbiológicos, de desinfección, químicos y radiológicos. Para el efecto, se requiere un completo involucramiento de la DIGESA.
- La equidad en la provisión de agua también debe ser considerada. Debido a que el uso de medidores no se encuentra generalizado, el cobro se realiza mediante una cuota fija, lo que determina desigualdades en el pago, atendiendo a las desigualdades extremas que se pueden observar en el área de cobertura de una misma junta de saneamiento: viviendas sin baño moderno y con una sola canilla frente a viviendas con vehículo, jardín, varias canillas y baños modernos.
- El servicio de abastecimiento de agua potable por parte del SENASA y que las juntas no consideran sistemas de saneamiento, aunque el primero de los servicios debería incluir, necesariamente, el diseño y ejecución del segundo. Algunas juntas están ampliando sus servicios incorporando el servicio de saneamiento. Sin embargo, esta iniciativa no forma parte de una política sectorial coordinada con el nivel central. Es perentoria la ampliación de la cobertura de alcantarillado en el área urbana y de letrinas o fosas sépticas en el área rural, para lo cual el sector público precisa avanzar en el desarrollo de guías y normas técnicas de construcción.
- Un aspecto que considerar es que al no haber una política nacional del agua ni institución encargada de ella a nivel nacional, la educación de las familias, para mantener en condiciones el agua que llega al hogar, no es objeto de intervención, a pesar de la importancia que reviste para la salud de sus miembros.
- Otra consecuencia de la ausencia de una política nacional es la descoordinación existente entre el SENASA y otras instituciones públicas que destinan recursos al sector. El ente binacional Itaipú, el Ministerio de Agricultura y Ganadería y las gobernaciones también realizan excavación de pozos y construcción de tanques, pero lo hacen sin la adecuada planificación con la institución con atribuciones legales específicas para ello.
- Una cantidad importante de juntas de saneamiento surgieron a raíz de la iniciativa ciudadana, y no como parte de una estrategia pública. En estos casos, no recurrieron a los servicios que presta el SENASA en materia de capacitación y asistencia técnica, sino que contrataron a profesionales independientes. La comunidad financió el 100% del costo y generó los fondos para que las familias que no pudiesen aportar igualmente se integren a la red de distribución de agua.

Debido a que el uso de medidores no se encuentra generalizado, el cobro se realiza mediante una cuota fija, lo que determina desigualdades en el pago, atendiendo a las desigualdades extremas que se pueden observar en el área de cobertura de una misma junta de saneamiento.

Uno de los principales factores de éxito de las juntas de saneamiento, y de su sostenibilidad y crecimiento, se fundamenta en un componente tradicional del capital social: la existencia de normas aceptadas y cumplidas.

- Uno de los principales factores de éxito de las juntas de saneamiento, y de su sostenibilidad y crecimiento, se fundamenta en un componente tradicional del capital social: la existencia de normas aceptadas y cumplidas. Las normas efectivas, en el caso de las juntas, posibilitan el autocontrol y disminuyen la participación de terceros (SENASA) para la resolución de conflictos, incentivan la colaboración, el trabajo voluntario y el uso racional del agua, pero también garantizan la sostenibilidad financiera. El éxito económico de las juntas depende del pago puntual del servicio con precios que permitan el mantenimiento óptimo del servicio.
- En contrapartida, el incumplimiento de los estatutos en lo referente a la alternancia de las autoridades, la impuntualidad en el pago, el uso indebido de los fondos de la junta y la ausencia de mecanismos ágiles para penalizar la trasgresión a la norma generan desconfianza y debilitan las posibilidades de ampliación de la cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios.
- La creación de las asociaciones constituye un paso muy importante para fortalecer a las juntas de saneamiento. No obstante, es necesario fortalecer las organizaciones de base (juntas de saneamiento) para que sus respectivas asociaciones cumplan con los objetivos propuestos.
- La participación ciudadana y la construcción de capital social en torno al acceso al agua constituye una experiencia nacional reconocida a nivel internacional. Sin embargo, son necesarios en el sector público, estudios, estadísticas e información sistematizada con suficiente rigurosidad, que permitan conocer el funcionamiento, fortalezas y debilidades de las juntas.
- Frente a estos vacíos de capital social, los esfuerzos que se realizan podrían estar sustentados en supuestos y percepciones equivocadas, lo que conduciría a acciones ineficaces, ineficientes y poco sustentables.

3

El derecho a la salud incluye el acceso a los medicamentos

El goce de la salud entraña libertades y derechos. Entre las primeras está la de poder controlar la propia salud y el cuerpo, y la de no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados. Y entre los segundos, por ejemplo, el acceso a un sistema de protección que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

El «más alto nivel posible de salud» es el resultado tanto de las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como de los recursos con que cuenta el Estado. Con relación a esto último, un Estado no podrá garantizar la protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano, por ejemplo, contra las consecuencias de la adopción de estilos de vida arriesgados o poco saludables. El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades,

bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el máximo estado de salud.

El significado de la salud se ha ampliado en su contenido y alcance. Ha incorporado un mayor número y variedad de elementos determinantes, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en el género, la edad y el origen étnico. Una definición más amplia de la salud considera inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado.

El goce de la salud entraña libertades y derechos.

El derecho a la salud implica:

- **Disponibilidad:** es necesario contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Los servicios deben incluir los relacionados con los factores determinantes básicos de la salud: el agua potable y las condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y paramédico capacitado y bien remunerado, así como medicamentos esenciales.
- **Calidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otros factores, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.
- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna. Para ello, deben responder a los siguientes principios:
 1. **La accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las poblaciones en extrema pobreza, las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños y niñas, las personas adolescentes, las mayores adultas, las personas con discapacidades y aquellas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y la provisión de medicamentos, y los factores

determinantes básicos de la salud, como el agua potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

2. La accesibilidad económica: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y los bienes y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud, como los medicamentos, deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos bienes y servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, hasta por los grupos más vulnerables. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

3. La accesibilidad universal: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a toda la población, especialmente a los sectores más pobres, vulnerables y marginados, sin discriminación alguna.

4. La accesibilidad a la información: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

• **Aceptabilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, de los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas.

La provisión de medicamentos genéricos en la red pública de servicios de salud es un componente para lograr la atención integral de la salud.

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben garantizar el acceso, igual y oportuno, a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; suministro de medicamentos esenciales; y tratamiento y atención apropiados de la salud mental.

La provisión de medicamentos genéricos en la red pública de servicios de salud es un componente para lograr la atención integral de la salud. La formación de farmacias sociales o comunitarias constituye una de las estrategias posibles.

Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como en la organización del sector salud, el sistema de seguros y, en particular, en las decisiones políticas del sector.

La Atención Primaria de la Salud (APS) incluye la provisión de medicamentos esenciales

En la década del setenta, con la Declaración de Alma Ata sobre Salud para Todos (1978) y la elaboración de la primera Lista de Medicinas Esenciales (1977) se inicia la lucha por el acceso equitativo a los servicios básicos de salud. La APS es la estrategia que propone la Declaración de Alma Ata para llegar a la población con servicios de salud.

Esta estrategia es definida como «la atención sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país lo pueden soportar». (OPS/OMS, 2007: 4). La APS forma parte integral tanto del sistema sanitario del país como del desarrollo social y económico de la comunidad.

Los pilares básicos de la estrategia son:

- Educación sanitaria referida a los problemas de salud de la comunidad más relevantes y los métodos para prevenirlos y controlarlos.
- Promoción sobre el suministro de alimentación y correcta nutrición.
- Asistencia materna e infantil, que incluye planificación familiar, control de embarazos, asistencia en el parto, inmunización y monitoreo del crecimiento infantil entre otros.
- Saneamiento ambiental que comprende el suministro de agua potable.
- Provisión de medicamentos básicos.
- Participación social.

Un sistema de salud basado en la APS, además de perseguir como principal objetivo el cumplimiento del derecho a la salud, maximiza los objetivos de equidad y solidaridad. Sus principios fundamentales se sustentan en la atención a las necesidades de salud de la población, en la orientación hacia la calidad, la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y el trabajo entre sectores.

Fuente: OPS/OMS, 2007.

El acceso a medicamentos esenciales constituye un mecanismo fundamental para el logro de una vida larga y saludable, y es inherente al derecho a la salud. En el Paraguay, una parte importante de las enfermedades que llevan a las personas a la muerte se podrían prevenir o curar si éstas accedieran a los medicamentos que, normalmente, se encuentran disponibles en el país.

La pobreza es una de las limitantes más importantes para conseguir medicamentos. La falta de recursos es doblemente limitante. Por un lado, obstaculiza la consulta médica cuando ésta tiene un costo; por el otro, la imposibilidad de financiar los medicamentos: «Vos te vas a un hospital y después venís y guardás tu receta y te morís tranquilo», «ápe hospitalpe he'í "hospital para los pobres" ha upépe ningo nde ndereguerekoiro petêi geniol repyra rehorei, remanónntema va'era pe nde esquina rupi, porque ha'ékuéra ni petei suero no mé'e rei mo'ai ndéve, rehoreita la

hospitalpe la plata'irehe" (dicen que este hospital es para los pobres, pero si no podés pagar el importe de un geniol (nombre de un calmante) te vas inútilmente, ya tenés que ir a morir nomás en una esquina, porque ellos no te van a dar ni suero gratis, perdés el tiempo yéndote al hospital con poca plata). (PNUD, 2008).

El acceso a estos medicamentos requiere tres tipos de acciones:

- Garantizar la disponibilidad de los medicamentos adecuados, con énfasis en la investigación para crear e identificar las medicinas que se requieren, de acuerdo con el perfil epidemiológico del país y las necesidades de las personas vulnerables o en condiciones de pobreza. Esto, mediante impulsos del sector público, incentivos al sector privado, a través de organizaciones no gubernamentales o una combinación de esfuerzos de estas modalidades.

La pobreza es una de las limitantes más importantes para conseguir medicamentos.



- Lograr que las medicinas esenciales sean accesibles gracias a mecanismos de financiamiento que, a la vez que eviten exclusiones por limitaciones económicas, garanticen la sostenibilidad del servicio.

- Basar la prescripción de los medicamentos en medicinas esenciales, con la adecuada capacitación e información al personal de salud.

La lista de medicinas esenciales abarca los medicamentos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud, e incluye los medicamentos más eficaces, seguros y de bajo costo para trastornos prioritarios. La prioridad de los trastornos se determina en función de su importancia actual y futura desde el punto de vista de la salud pública, y

de las posibilidades de aplicar un tratamiento seguro y de costo reducido.

Una lista modelo, preparada inicialmente por un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, y revisada cada dos años para que refleje los desafíos sanitarios actuales, proporciona a los estados miembros un ejemplo adaptable a sus necesidades nacionales. La primera lista incluía 208 medicamentos esenciales para luchar contra la carga mundial de morbilidad de aquella época. En la actualidad, la lista incluye 340 medicamentos para tratar enfermedades prioritarias, tales como el paludismo, el VIH/SIDA, la tuberculosis, los trastornos de la salud reproductiva y las cada vez más frecuentes enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer y la diabetes.

La lista de medicinas esenciales abarca los medicamentos mínimos necesarios para un sistema básico de atención de salud, e incluye los medicamentos más eficaces, seguros y de bajo costo para trastornos prioritarios.

3.1. El contexto jurídico e institucional de la salud y los medicamentos

El marco jurídico fundamental de la salud en general constituye la ley 836/80 también conocida como «Código Sanitario», el cual, en el Capítulo III «de los recursos terapéuticos», establece una sección, la primera, «de los medicamentos». Sobre esta base se elabora y aprueba el documento «Política Nacional de Medicamentos» (MSPBS/OPS/OMS, 2001) que con respecto a su objetivo establece:

«La Política propone mejorar el acceso equitativo de toda la población a medicamentos esenciales, seguros, eficaces y de calidad y promocionar el uso racional de los mismos, integrando el sector público y privado, optimizando el uso de los recursos disponibles, intensificando la investigación científica y tecnológica, buscando en forma sistemática la asistencia técnica y financiera».

Los dos ejes fundamentales de esta política son: a) la promoción de los medicamentos esenciales como el mejor criterio sanitario; y b) el estímulo a la producción y comercialización de medicamentos genéricos de calidad como la mejor estrategia económica para incrementar el acceso a los medicamentos.

La ley 1119/97 de «Productos para la salud y otros» y sus correspondientes reglamentos:

«Regulan la fabricación, elaboración, fraccionamiento, control de calidad, distribución, prescripción, dispensación, comercialización, representación, importación, exportación, almacenamiento, uso racional, régimen de precios, información, publicidad, y la evaluación, autorización y registro de los medicamentos de uso humano...».

Posteriormente, se sanciona la ley 2320/03 que «tiene por objeto reglamentar el expendio de medicamentos utilizando su nombre genérico y facilitar el acceso a los mismos», y se emite el decreto 21354/03 que reglamenta la ley 1119/97.

En 1996, a partir de la promulgación de la ley 1032, se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya finalidad es prestar atención de salud a todas las personas, con equidad, oportunidad, eficiencia y sin discriminación, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación. También pretende racionalizar el uso de los recursos disponibles y establecer relaciones intra e intersectoriales.

La ley otorga la coordinación y el control de los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas de salud al Consejo Nacional de Salud (CNS), presidido

por el ministro de Salud e integrado por todas las instituciones del sector y otras relacionadas al mismo.

Además del CNS, se crean los Consejos Locales (CLS) y Regionales (CRS) de Salud. Éstos últimos, en realidad, constituyen consejos departamentales. Se abre así la posibilidad a la participación ciudadana en ambos consejos, lo que constituye un avance en la política de salud.

Los objetivos principales de los CRS son: participar en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas regionales y locales de salud; administrar fondos que contribuyan a financiar estas políticas; y coordinar acciones conjuntas con los gobiernos locales.

Los CLS, por su parte, preparan los planes locales de salud y vigilan su cumplimiento; dan seguimiento a la ejecución presupuestaria de los puestos y centros de salud dependientes del MSPBS y localizados en el municipio; actualmente, cumplen un papel importante en la provisión de medicamentos a través de las farmacias sociales.

Los sucesivos cambios en la normativa vigente facilitaron la administración de un mayor caudal de recursos económicos destinados a la salud en el ámbito local. En 1998, el decreto 19966 reglamentó la descentralización sanitaria, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategias para el desarrollo del SNS, y facultó a los municipios y a los CLS a administrar fondos del nivel central y regional para el desarrollo de planes locales de salud.

En el 2002, el decreto 16245 modificó un artículo de la reglamentación de la ley 1535 «Administración Financiera del Estado», incorporando los fondos rotatorios a los establecimientos de salud. El Art. 72 del Presupuesto General de la República del 2005 faculta a los consejos que firmaron acuerdos a administrar los recursos generados en los establecimientos de salud.

La ley 3007/06 modifica y amplía la ley 1032/96 señalando que los CRS y CLS podrán administrar las donaciones recibidas y cualquier otro recurso propio que se destine a sufragar gastos de funcionamiento de los centros asistenciales de salud, siempre y cuando existan acuerdos entre el MSPBS y los CRS y CLS respectivos.

La citada ley exige a los consejos que en sus estatutos incluyan un procedimiento especial para la percepción, uso, registro y rendición de cuentas de sus ingresos y egresos. Los ingresos percibidos sólo podrán destinarse al funcionamiento de los centros asistenciales, a inversiones de capital en los mismos, contratación de recursos humanos y desarrollo de programas de salud pública en el municipio correspondiente.

Estos cambios generaron la posibilidad de que los CLS puedan administrar los recursos derivados del cobro de aranceles en las instituciones de salud. Varios trabajos realizados al respecto muestran que cuando los consejos funcionan bien aumentan la transparencia y la eficacia de sus recursos, además de garantizar su uso oportuno.

Los múltiples decretos que promueven la gratuidad de los servicios de salud del ministerio, redujeron los fondos disponibles en los consejos. Las prácticas clientelistas basadas en las exoneraciones que exigen los políticos para sus seguidores, también restringen los recursos locales, disminuyendo la capacidad de gestión.

El marco institucional de la salud lo forman el MSPBS, que desarrolla las funciones de rectoría, provisión y financiamiento; el Instituto de Previsión Social (IPS), con funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento; el Hospital de Clínicas, dependiente de la Universidad Nacional de Asunción, y la Sanidad Militar y Policial, que ejercen la función de provisión.

Según el marco jurídico, los municipios y las gobernaciones también asumen la responsabilidad de la atención de la salud. A pesar de que la participación relativa de las mismas es mínima, van cobrando mayor importancia en la satisfacción de las necesidades de salud.

En el sector privado, múltiples instituciones con fines de lucro (hospitales y clínicas privadas) o sin ellos (ONG, instituciones dependientes de iglesias) desarrollan funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento. Existen, además, instituciones mixtas como la Cruz Roja. En general, las relaciones entre los niveles de atención de cada institución, y entre las instituciones, son escasas (OPS, 2001).

Cuando los consejos funcionan bien aumentan la transparencia y la eficacia de sus recursos, además de garantizar su uso oportuno.



El MSPBS, que es financiado con fondos del Presupuesto de Gastos de la Nación, presta atención en sus establecimientos a un precio subsidiado (co-pagos o costos compartidos), cobra aranceles para la mayoría de los procedimientos (los cuales se eliminarían al implementarse medidas progresivas de gratuidad) y recibe donaciones de la cooperación externa.

El IPS está financiado por un impuesto salarial del 9% que tributan los empleados, 14% que contribuye el empleador y un aporte del 1,5% del gobierno central. Estos recursos se distribuyen entre los diferentes esquemas de seguro (jubilación, discapacidad, fallecimiento y enfermedad).

También cuenta con un programa no contributivo que cubre enfermedad y maternidad a excombatientes de la Guerra del Chaco y familiares, y un régimen especial de seguro de salud para docentes del sector público y privado, trabajadoras domésticas de Asunción y trabajadores y trabajadoras de entes autárquicos.

El financiamiento del sector privado se realiza con pagos directos y cotizaciones; los aranceles por estos servicios de salud no están regulados.

3.2. Las farmacias sociales como producto de la organización social

En el 2004, el gasto de salud de los hogares fue 3,6% del PIB, mientras que el gasto público fue del 2,3% del PIB.

En los últimos diez años, la salud pública ha experimentado cambios paulatinos en materia institucional. Si bien esos cambios no responden a una intencionalidad política ordenada y coherente, son “esporádicos” y poco sistemáticos, es posible observar nuevos mecanismos de participación ciudadana y de vinculación entre los niveles de gobierno central, departamental y municipal.

Las transformaciones se originan en diversos factores que actúan de manera sinérgica. Por un lado, la apertura democrática posibilitó una mayor participación ciudadana y la explicitación de sus demandas particulares. Por el otro, el comportamiento inercial del sector público y sus dificultades para gestionar respuestas rápidas y efectivas impidió que las condiciones de salud de la población mejoraran en la medida necesaria, a pesar de los recursos públicos invertidos en este ámbito.

El gasto de bolsillo de las familias en salud y, en especial, en medicamentos, es relativamente importante frente a los demás componentes del consumo, por lo que gran parte de la demanda ciudadana al sector público se ha ubicado en el ámbito de la salud. En el 2004, el gasto de salud de los hogares fue 3,6% del PIB, mientras que el gasto público fue del 2,3% del PIB. Cabe

señalar que el 58,6% del gasto promedio de salud de los hogares está destinado a medicamentos (MSPBS/OPS, 2006).

La conjunción entre mayor participación ciudadana, derechos no ejercidos y necesidades insatisfechas dio lugar a una mayor presión sobre los tres niveles de gobierno: central, departamental y local, y a nuevas respuestas sobre la base de las lecciones aprendidas.

Las farmacias sociales analizadas en este trabajo surgen en el Paraguay a instancias de las autoridades departamentales, locales o de los CRS y CLS. La primera iniciativa se tomó en Itapúa en 1996, a partir del CRS integrado por 23 instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud. La gobernación de Itapúa proveyó el primer fondo consistente en G. 50.000.000 para la compra y distribución de medicamentos a siete distritos con farmacias sociales.

En algunos casos, surgió del subconsejo local de salud ubicado en una compañía (subdivisión territorial del distrito). Otras experiencias de farmacias sociales son implementadas desde organizaciones de la sociedad civil y la Iglesia católica; sin embargo, no necesariamente forman parte de una iniciativa sistemática ni se encuentran vinculadas al sector público.

Experiencia de farmacias sociales en Itapúa

Experiencia en Itapúa

Logros:

- ▶ Incremento de la disponibilidad de medicamentos
- ▶ Menor gasto para las familias
- ▶ Aumento del uso de medicamentos en la comunidad
- ▶ Medicación oportuna
- ▶ Menos muertes infantiles, complicaciones e internaciones
- ▶ Servicio proveído con participación del gobierno local satisface una necesidad sentida de la comunidad

Indicadores de Exclusión

- ▶ N° Defunciones por diarrea: -66,7%
- ▶ Tasa mortalidad infantil por diarrea: -67,9%
- ▶ N° Defunciones infantiles por IRA: -33,3%
- ▶ Tasa de mortalidad infantil por IRA: -36,5%
- ▶ N° hospitalizaciones por IRA < 1 año: -9%
- ▶ Precio medicamentos Fcia Social vs. Fcia Priv.: -60%

(año 1996 vs. 1999)

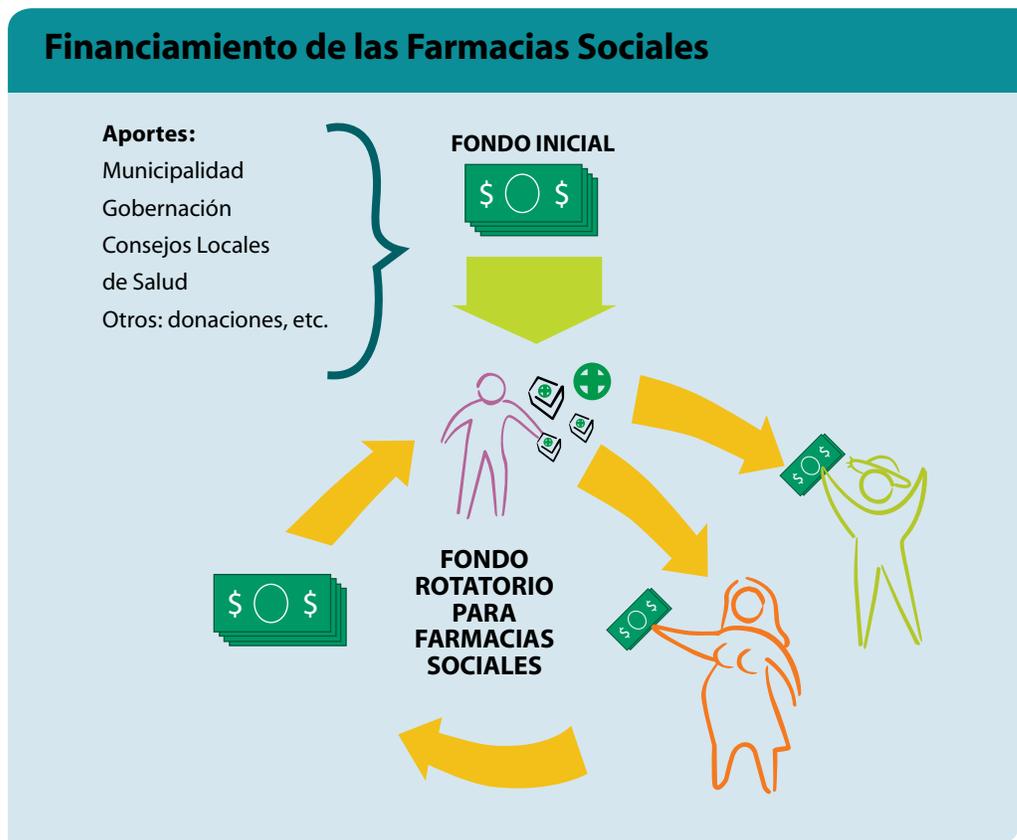
Fuente: CIRI, 2002.

La primera iniciativa se tomó en Itapúa en 1996, a partir del CRS integrado por 23 instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud.



Como en este caso, la creación de una farmacia social requiere un aporte inicial denominado fondo rotatorio. Dependiendo de las gestiones que realicen los consejos que aspiran a contar con este servicio, los fondos pueden provenir de la gobernación, de la municipalidad o de donaciones particulares.

Los precios son entre 50% y 60% más bajos que en las farmacias privadas.



Cuando ya se cuenta con los fondos se identifica el sitio donde instalar la farmacia social. En la actualidad, funcionan en diversos lugares: municipalidad, casa particular o en un local alquilado. Las instalaciones deben ser adecuadas, con habitaciones sin humedad y ventiladas para mantener los medicamentos en las condiciones requeridas.

Las farmacias sociales cuentan con una persona responsable que se encarga de la administración y venta de los medicamentos. Esta persona recibe una remuneración mensual, que forma parte del costo operativo del servicio.

La administración implica llevar un control diario de las mercaderías en depósito, un inventario mensual y una rendición al CLS, también mensual. Con esta información, el CLS realiza las compras necesarias para mantener actualizadas las reservas. Las compras se realizan en coordinación con el puesto o centro de salud. No se adquieren medicamentos que están disponibles en estas instituciones. De esta manera, se busca complementar la provisión pública de medicamentos.

Las farmacias sociales cuentan con una lista de medicamentos esenciales utilizados en la

atención primaria de la salud, la que es elaborada entre funcionarios de los establecimientos de salud y el CLS o el subconsejo de salud, a partir del perfil epidemiológico del lugar en que se instala. Esta lista incluye antipiréticos, antiinflamatorios, antibióticos, antiespasmódicos, antiparasitarios, antianémicos, vitaminas, óticos y cremas dérmicas (CIRD, 2001).

Sólo se venden medicamentos con recetas expedidas por puestos o centros de salud públicos para beneficiar, sobre todo, a pacientes de escasos recursos y para evitar la automedicación, que en el país es elevada (61,1% a nivel nacional, 63% en el sector rural y 57,7% en el urbano). (EPH 2007).

Los precios son entre 50% y 60% más bajos que en las farmacias privadas, incluyendo alrededor del 10% de recargo destinado a garantizar el fondo rotatorio y pagar los costos de la administración de la farmacia social. Los costos operativos se cubren con este recargo y otras fuentes, como las municipales que proveen financiamiento para algunos rubros, por ejemplo, el pago de la encargada o del alquiler del local. El pago de los medicamentos es esencial, porque permite la sustentabilidad del servicio, la que depende, asimismo, del permanente

control y la correcta documentación y administración.

No obstante los precios reducidos, dado el contexto de extrema pobreza, existen muchas personas que no pueden pagar los medicamentos. Los consejos y subconsejos locales han dado soluciones parciales a este problema. Algunos crearon un fondo de solidaridad con actividades comunitarias: asados o reuniones sociales en las que se sirven tallarines.

Otros consiguieron que la cooperativa local, a través de sus fondos de solidaridad, solvente el gasto de las personas que no poseen medios económicos, mientras que otros identificaron padrinos (empresas locales o personas con mayores recursos) que donen mensualmente un monto determinado. Otras soluciones se dieron en el ámbito político-partidario, ya que en algunas localidades las personas recurren a un dirigente político o a un partido político para financiar la compra del medicamento que necesitan.

El papel de los miembros de los consejos locales y regionales es fundamental. Por un lado, los representantes del sector médico colaboran en los aspectos relacionados con la lista de medicamentos básicos y con el mantenimiento de las reservas.

También pueden solicitar la compra de nuevos medicamentos, y si forman parte o son autoridades de las instituciones públicas de salud en la localidad, proveen información sobre las medicinas que se encuentran almacenadas en la institución, de manera que la farmacia social no adquiera esos medicamentos.

Otros miembros de los consejos, sobretodo la persona encargada de la tesorería, se encargan del control administrativo. Esto significa una presencia habitual en la farmacia, a fin de controlar que la documentación se encuentre al día, que los medicamentos de la lista estén disponibles, entre otros controles. El trabajo de los miembros del consejo es voluntario, es decir, no remunerado.

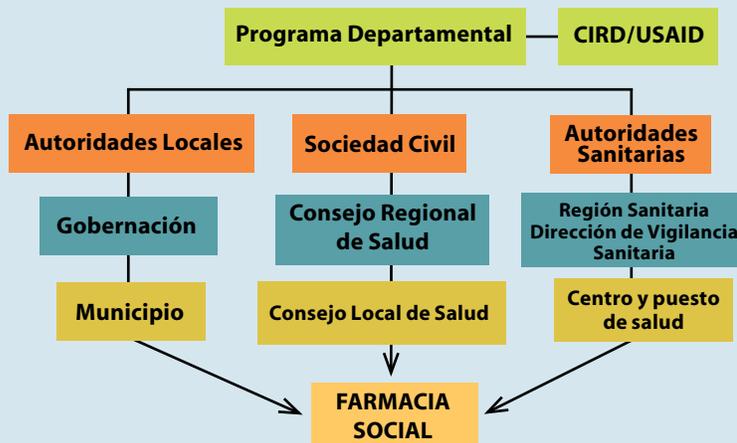
No obstante los precios reducidos, dado el contexto de extrema pobreza, existen muchas personas que no pueden pagar los medicamentos.

3.3. Las farmacias sociales forman parte de un sistema en consolidación

Casi la totalidad de este tipo de farmacias sociales forma parte de un sistema que se estableció en varios departamentos del país: Itapúa, Misiones, Villa Hayes y Central. Las farmacias sociales dependen del CLS o del subconsejo de salud. Este, a su vez, realiza sus compras de medicamentos de los parques

sanitarios de su departamento, que depende del CRS. El parque sanitario es el sitio donde se guardan los medicamentos adquiridos por medio de concursos de precios. La persona encargada del parque sanitario participa en las reuniones del CRS.

Esquema de un Programa Departamental



Fuente: CIRD, 2004.



El capital inicial de los cuatro parques sanitarios fue de Gs. 216.500.000; en la actualidad es de G. 935.000.000. No sólo aumentó el capital, también fue ampliándose el número de farmacias sociales y la lista de medicamentos.

Los CRS cuentan con un reglamento de funcionamiento de los parques sanitarios. El reglamento incluye la documentación exigida, los mecanismos de control y, en algunos casos, el porcentaje máximo de recargo a los medicamentos. Los parques sanitarios también proveen capacitación sobre el manejo administrativo de las farmacias sociales. Sin embargo, no cuentan con todos los recursos necesarios para realizar esta función, por lo que la capacitación suele ser esporádica, y depende de la demanda de las personas encargadas de ese tipo de farmacias.

Los CRS cuentan con personería jurídica y Registro Único de Contribuyentes, por lo que están habilitados a realizar compras bajo el régimen establecido legalmente para las instituciones privadas. Esta situación jurídica facilita las compras de medicamentos, y acelera el proceso de adquisiciones.

Con el objetivo de garantizar los precios más bajos y la calidad (Gobernación del Departamento Central, 2007), las compras operan bajo los siguientes criterios básicos:

- **Economía y eficiencia:** mejores condiciones de calidad y costo.
- **Igualdad y libre competencia:** para garantizar que los proveedores con solvencia técnica, económica y legal participen sin restricciones y en igualdad de oportunidades.
- **Transparencia y publicidad:** con el objeto de asegurar a los proveedores y a la sociedad civil toda la información relacionada con la actividad de adquisiciones.
- **Simplificación:** para facilitar que los procedimientos y trámites de las adquisiciones sean sencillos, transparentes, objetivos, claros e imparciales.

Cuadro N° 7

Evolución del sistema de farmacias sociales

	Itapúa	Central	Misiones	Pte. Hayes
Capital inicial	Gs. 50.000.000 (1996)	Gs. 50.000.000 (2004)	Gs. 53.500.000 (2004)	Gs. 63.000.000 (2004)
Capital actual	Gs. 500.000.000 (2008)	Gs. 250.000.000 (2008)	Gs. 100.000.000 (2008)	Gs. 85.000.000 (2008)
Farmacias sociales al inicio	7	s.d	3	7
Farmacias sociales hoy	113	80	27	42
Nro. de medicamentos en la lista al inicio	18	44	72	61
Nro. de medicamentos en la lista al final	76	89	103	102
Población beneficiaria estimada	210.000	100.000	22.000	17.000
Población departamental proyectada al 2008	523.000	1.929.000	114.000	99.000

Fuente: Elaboración propia según la información proveída por el CIRD



El capital inicial de los cuatro parques sanitarios fue de Gs. 216.500.000; en la actualidad es de G. 935.000.000. No sólo aumentó el capital, también fue ampliándose el número de farmacias sociales y la lista de medicamentos, lo que muestra la aceptación y sostenibilidad del emprendimiento.

El capital acumulado por los parques sanitarios, producto del pago de la ciudadanía por

los medicamentos y de la buena gestión de los consejos, no es despreciable, tomando en cuenta los recursos que ejecutó el Ministerio de Salud Pública en el rubro presupuestario «Productos e Instrumentales Químicos y Medicinales» (cuenta 350) destinado a las regiones sanitarias del Programa de Atención Primaria en Salud.

Cuadro N° 8

Recursos del Ministerio de Salud Pública destinados a medicinas e insumos para la atención primaria de la salud en regiones sanitarias seleccionadas (en guaraníes corrientes)

Departamentos	2005	2006	2007	2008	2009
Itapúa	936.006.197	1.575.702.679	2.852.679.729	4.375.537.111	2.547.912.253
Central	498.176.885	3.771.231.064	4.858.723.483	8.858.274.933	6.964.700.996
Misiones	441.132.967	1.065.253.426	1.201.945.773	1.959.230.324	1.760.921.417
Pdte. Hayes	330.057.283	629.136.538	1.241.162.207	1.911.688.823	1.320.891.566

2005: ejecución

2006: ejecución

2007: ejecución

2008: presupuesto aprobado

2009: proyecto de presupuesto enviado por el Ministerio de Hacienda al Parlamento

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Hacienda-SIAF y PNUD/UNICEF/UNFPA, Programa Conjunto "Invertir en la Gente".

Cabe señalar que estos rubros presupuestarios no sólo incluyen medicinas, también oxígeno, insecticidas, productos químicos y otros materiales, cuyo peso relativo es importante. Para una comparación más exacta, se requiere de un mayor nivel de desagregación del presupuesto general de gastos, de manera a conocer la cantidad de recursos que el MSPBS destina a medicamentos, frente al valor de la provisión de las farmacias sociales.

No obstante esta dificultad, las cifras muestran la importancia de las farmacias sociales en la salud de la comunidad, importancia que fue creciendo paulatinamente, dado el aumento de los fondos que administran y la expansión de las mismas en las compañías y distritos.

Las farmacias sociales que participan formalmente de este sistema están apoyadas por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD), con financiamiento de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, siglas en inglés). El objetivo de este apoyo es desarrollar mecanismos complementarios de financiamiento para servicios básicos de salud, que, en el caso de las farmacias sociales, es el fondo rotatorio para facilitar el acceso a medicamentos básicos a un precio accesible.

El CIRD provee asesoramiento y asistencia técnica en: a) temas administrativos (mejoramiento de los flujos de información, implementación de instrumentos de monitoreo y

control); b) organizativos, en las instancias que administran las farmacias sociales; y c) institucionales (cumplimiento de responsabilidades y de las normas).

El trabajo se realiza a partir de la premisa de que la solidaridad y la transparencia son valores que deben guiar las iniciativas ciudadanas: no es suficiente contar con el capital inicial, es necesario, además, fortalecer el capital social de la comunidad.

La solidaridad y la transparencia son valores que deben guiar las iniciativas ciudadanas: no es suficiente contar con el capital inicial, es necesario, además, fortalecer el capital social de la comunidad.



Farmacia Social de Naranjaisy



Naranjaisy es una comunidad ubicada en el distrito de Villeta, departamento Central. Aunque se encuentra relativamente cerca de Asunción (35 km) y se extiende a lo largo de una calle de unos 5 km, no cuenta con transporte público, escuela, ni calle empedrada. La comunidad trabajó, reunió fondos y logró construir una escuela, pero la obra aún no está concluida.

La población vive de la agricultura, cultiva tomates, sandías y caña de azúcar. Las personas más jóvenes trabajan en las fábricas, muchos en la Cervecería Paraguaya, S.A. y algunas mujeres se trasladan hasta la capital para trabajar como empleadas domésticas.

La gobernación construyó parte del puesto de salud y adquirió equipos; financia el salario de la encargada y la visita semanal de un médico. La comunidad construyó otra parte del puesto y adquirió más equipos.

La farmacia social se inició en el 2005 con un capital de G. 2.800.000 donado por el gobierno departamental. Hoy el capital asciende a más de G. 5.000.000. El terreno donde está asentada la farmacia fue adquirido por la Municipalidad.

Para mantener el puesto de salud unas 30 familias pagan una cuota mensual. Señala un usuario: «Nosotros tenemos una caja chica. La gente pone 5000 guaraníes por mes para mantener el puesto, porque ellos dicen que si esto termina a ellos les va a costar mucho más ir al pueblo. Se pone para que se pueda mantener el puesto. Se gasta para mejorar, pagar la luz, se compra insumos, se tiene que mandar limpiar. El agua no pagamos, nos da la Comisión de Agua».

Además de la comisión de salud, de agua y de la escuela, la comunidad cuenta con una comisión para la capilla.

3.4. Oportunidades y desafíos de las farmacias sociales

Las farmacias sociales surgen como respuesta a la débil eficacia y equidad del sistema de salud pública.

- Las farmacias sociales surgen como respuesta a la débil eficacia y equidad del sistema de salud pública que imposibilita el acceso a los servicios de salud. En contrapartida a este motivo de connotaciones negativas, la apertura democrática facilitó la participación social en los municipios, lo que impulsó una mayor demanda social frente a los principales problemas de salud de la población.
- Las farmacias sociales se presentan en diversas modalidades. Un grupo de ellas está constituido por dispensarios vinculados a ONG, iglesias, cooperativas que, generalmente, cuentan con recursos financieros o medicinas donadas, lo que les permite prestar asistencia a bajo costo o de manera gratuita. El principal problema que se suscita, en este caso, es el de la sustentabilidad, ya que el flujo de recursos es limitado, y, por ello, el tiempo de permanencia del servicio depende de la existencia o no de estos recursos.
- Por lo general, las farmacias sociales que operan con esta modalidad no cuentan con el apoyo de la ciudadanía, generando personas que reciben caridad, antes que ciudadanos que ejerzan su derecho a la salud. Uno de los problemas que esto acarrea es la posible falta de vínculos entre la oferta y la demanda. Es decir, no necesariamente se garantiza el acceso a las medicinas que el perfil epidemiológico requiere o que la comunidad prioriza.

- Otro grupo de farmacias sociales surge en el marco de los CRS y CLS, vinculando, en diferentes grados, intensidad y niveles de compromiso al CNS. La participación social adquiere relevancia en esta modalidad, ya que la ciudadanía está representada en los CRS y CLS, mediante el ejercicio de su rol contralor como usuaria de los servicios o en las oportunidades de rendición de cuentas de los consejos, farmacias e intendencias.
- El MSPBS valora la iniciativa de los CLS en establecer este mecanismo de acceso a medicamentos, especialmente de poblaciones más pobres, pero queda el desafío de adecuar el marco regulatorio para la designación, habilitación y funcionamiento de las organizaciones que operan bajo este esquema.
- Los orígenes de estas farmacias sociales son diversos: en algunos casos, surgen a iniciativa de la ciudadanía que, en la búsqueda de una mejor calidad de vida, implementa nuevas estrategias. En otros casos, las propias autoridades locales o departamentales asumen el desafío de implementar una acción frente a la demanda ciudadana y a las necesidades y expectativas de los habitantes.
- Las farmacias sociales, según la Lista de Medicamentos Básicos y el permanente sistema de control y abastecimiento, racionalizan la adquisición de medicamentos, garantizan la dotación permanente de todos los medicamentos de la lista y logran vender a precios más accesibles.
- La sustentabilidad financiera de este modelo está demostrada, ya que no sólo se logra mantener el capital, sino que se consigue incrementarlo en casi 10 veces, en algunos casos. Esto permite ampliar la lista de medicamentos básicos e incorporar insumos médicos que son utilizados en los establecimientos de salud (jeringas, equipo de suero, hilo de sutura).
- La cooperación internacional financió varias iniciativas y sigue apoyando a la organización social y al fortalecimiento de las capacidades locales vinculadas a las farmacias sociales. Esto constituye una ventaja al inicio, pero el desafío es lograr la sustentabilidad social de la iniciativa, una vez que finalice el apoyo externo.
- La falta de una estrategia que garantice la equidad en el acceso a los medicamentos, especialmente por parte de las poblaciones en extrema pobreza, deja espacios abiertos al clientelismo político. La casi nula capacidad de pago de estos grupos sociales, junto con la necesidad de recuperar los costos y mantener la operatividad de las farmacias sociales, dio lugar a la creación de fondos de financiamiento relacionados con políticos y partidos políticos a los que deben recurrir quienes, en casos de necesidad, no cuentan con recursos económicos.
- A pesar de que las farmacias sociales contribuyen a solucionar en parte un problema esencial del actual sistema de salud, que es la provisión de medicamentos, el gobierno central no ha asumido la experiencia positiva lograda, y no colabora con la creación de mecanismos que faciliten su expansión. Esto da lugar a que el éxito sea más el resultado de la voluntad individual de las autoridades locales y departamentales y de la ciudadanía que de una estrategia gubernamental vinculada a los planes y políticas de salud.
- Otro problema derivado de la ausencia de vínculos formales entre el nivel central y los gobiernos departamentales y locales es la gestión de los recursos humanos del MSPBS asignados a los puestos y centros de salud y a los hospitales distritales. El MSPBS, entidad responsable de la gestión de esos recursos, no cuenta con mecanismos para fomentar un mejor desempeño individual y colectivo del personal de salud, a fin de garantizar su eficiencia y eficacia. Las autoridades locales y los consejos locales de salud, a pesar de realizar esfuerzos por mejorar la asistencia sanitaria en el municipio, no tienen competencia sobre esos recursos humanos. Esta situación pone límites a las potencialidades y sinergias de la participación ciudadana en la política sanitaria.

La sustentabilidad financiera de este modelo está demostrada, ya que no sólo se logra mantener el capital, sino que se consigue incrementarlo en casi 10 veces, en algunos casos.

4

Conclusiones y orientaciones de política

Comunes a ambos casos

- La conclusión general a la que se llega, a partir de estos dos casos, es el déficit del país en la ejecución de planes y programas que formen parte de una política de Estado coordinada entre todos los niveles del gobierno, con mecanismos de monitoreo y evaluación de impacto.
- Como se pudo observar en ambos casos el de las farmacias sociales y las juntas de saneamiento, el desafío actual es contar con políticas específicas para ambos sectores, en las que se enmarquen las iniciativas estudiadas. Se requiere, además, que estas políticas converjan con las demás, especialmente con las de educación, infraestructura, combate a la pobreza y financiera.
- La coordinación entre instituciones públicas debe ser considerada como una acción prioritaria para lograr mejores impactos. Esta coordinación debe darse en el entramado institucional público: ministerios, gobernaciones, municipalidades, entes reguladores y entes binacionales (Itaipú y Yacyretá).
- Una vez definido el marco de acción general, la preocupación básica radica en determinar prioridades y el costo-efectividad de las intervenciones, de manera a garantizar la equidad de las propuestas. En este sentido, resulta esencial determinar cómo se identificaron las necesidades de salud dentro de la población en general y dentro de grupos especiales, qué tipos de necesidades se definieron como prioritarios y con qué criterios.
- El criterio de integralidad debe garantizarse en todas las estrategias implementadas, tanto en el caso del agua potable como en el de provisión de medicamentos. Las políticas para salud, ambiente y asignación de recursos aún no reflejan la suficiente armonía ni prioridad social.
- Las políticas deben vincularse a los programas que integran la Estrategia de Lucha contra la Pobreza. Hasta este momento, a pesar de que la estrategia incorpora objetivos de ampliación de las oportunidades sociales y una visión de integralidad, no se encontraron los vínculos necesarios entre los programas de lucha contra la pobreza, el SENASA y las farmacias sociales.
- Tanto en el ámbito de la expansión de la red de distribución de agua potable como del acceso a medicamentos, es fundamental diseñar las políticas a partir de análisis sectoriales orientados al logro del desarrollo humano desde una perspectiva de derecho.
- Estas políticas sectoriales deben considerar, especialmente, los vínculos entre el gobierno central y los gobiernos departamentales y municipales, de manera que la política de salud incorpore las necesidades específicas de los diferentes grupos sociales del país: pueblos indígenas, mujeres, infancia, adolescencia, tercera edad, población campesina o pobre, entre otros.
- El traspaso de responsabilidades del Estado hacia las juntas de saneamiento y las farmacias sociales deben contribuir al acceso universal, bajo el principio de la equidad, a los servicios de agua potable y medicamentos, de forma que la desconcentración de funciones no genere la exclusión de los grupos que

no pueden solventar los costos que recaen en la ciudadanía.

- La participación social desempeña un papel central en el logro efectivo de los objetivos de equidad. El valor de esta participación no se concibe únicamente desde su dimensión pragmático-instrumental, sino como el ejercicio del derecho ciudadano o la libertad para incidir sobre los procesos que afectan su bienestar.
- Los diferentes grupos que forman la sociedad tienen intereses, necesidades, perspectivas y demandas distintas y deben, en esta heterogeneidad, contar con el reconocimiento del sistema de salud. Para este propósito, es indispensable que las instituciones y organizaciones involucradas adopten la perspectiva de género. La participación social y política se convierte en un requisito inherente a un sistema democrático y también en un elemento indispensable para incorporar la salud a la agenda política y asegurar así la sostenibilidad del desarrollo humano.
- Es necesario profundizar la participación social mediante mecanismos que

faciliten la transparencia y la rendición de cuentas por parte de las comisiones directivas de las juntas de saneamiento, del SENASA, de los consejos locales y regionales de salud y de las municipalidades y gobernaciones. Esto permitirá una mayor confianza entre los principales actores, tanto los ejecutores de proyectos como los beneficiarios respecto a la calidad del servicio.

- Se requiere de un sistema integrado de información con datos confiables que permitan darle soporte a las políticas, programas, planes y proyectos, tomar decisiones con base en diagnósticos adecuados, proyectar a mediano y largo plazo y evaluar el impacto de las acciones.
- Aunque una parte importante del éxito de estas iniciativas se debe a la gestión ciudadana, que de manera autogestionaria logró articular las instituciones públicas con las privadas, generar economías de escala, financiar infraestructura pública y proveer servicios de salud a la comunidad, el Estado no debe perder de vista su rol protagónico en el bienestar de la población y en el cumplimiento de los derechos humanos.

Juntas de saneamiento

- o Es necesario diseñar e implementar una política nacional de agua potable y saneamiento ambiental que, además de garantizar eficiencia, eficacia y sostenibilidad, reordene institucionalmente el sector, fortaleciendo la función reguladora en el ámbito del suministro de agua: tiempo, cantidad y calidad.
- o La política debe contar con metas claramente establecidas sobre la expansión de la cobertura, la calidad del servicio de agua y una estructura de tarifas que permita financiar y recuperar las inversiones, garantizando la equidad de la política. La política debe pasar de un enfoque centrado en proyectos derivados de los préstamos internacionales a uno sectorial.
- o Un enfoque intersectorial e integrado es fundamental incorporar al diseño y pla-

nificación de una política de agua potable, a fin de garantizar la calidad del agua para el consumo humano. Debe asegurarse una infraestructura sanitaria adecuada, el manejo eficiente de los recursos naturales, la calidad de la vivienda y la educación, que exige el manejo correcto del agua en el hogar, así como en la salud personal y comunitaria.

- o El SENASA, como institución encargada de promover la formación de juntas de saneamiento y de ampliar la cobertura de agua potable, mediante la participación ciudadana, debe ser fortalecido en su gestión en esta área, sobre todo en lo que se refiere al apoyo en la formación del capital social y al impulso a los valores de la democracia. Las juntas de saneamiento pueden constituir un espacio de aprendizaje y ejercicio de una cultura democrática.

- o En la misma dirección, se requiere mejorar la gestión financiera, comercial y operativa de las juntas de saneamiento, incluyendo la reducción del agua no contabilizada.
- o Los recursos financieros destinados a agua potable y saneamiento deben ser asignados atendiendo a las desigualdades existentes (área de residencia, etnia, nivel socioeconómico), con el objetivo de dotar a las intervenciones de mayores niveles de equidad.
- o Igualmente, es necesario destinar mayores recursos financieros para el mantenimiento de la red de distribución y control de la calidad del agua, ya que actualmente se destina una parte sustancial de los mismos a la ampliación de la cobertura, pero descuidando la ya existente.
- o Dada la escasa capacidad gerencial, administrativa y técnica en esta temática de las municipalidades y gobernaciones, así como el desconocimiento de sus competencias en este ámbito, es importante dotar a los funcionarios de las capacidades necesarias para lograr un mayor compromiso de los gobiernos locales y regionales en la política sectorial del agua.
- o El uso de las regalías para la ampliación de la cobertura de agua potable parece una opción relevante, dada la exigencia legal de destinar estos recursos a gastos de capital.
- o La calidad del agua es un desafío pendiente en el país. Las instituciones con capacidad para realizar los análisis correspondientes se encuentran en las zonas urbanas, especialmente en Asunción, lo que encarece y torna más difícil el traslado de las muestras de agua desde los tanques ubicados en áreas rurales o alejadas del principal centro urbano del país.
- o En la planificación de los proyectos de abastecimiento de agua, deben analizarse e incluirse también, por razones sanitarias, los aspectos relativos a la eliminación de aguas residuales, excretas y basuras, junto a la evaluación y conservación de los recursos hídricos.

Farmacias sociales

- o La política sanitaria paraguaya, al igual que la de la mayoría de los países en el mundo, adoptó los criterios de la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje y foco principal; sin embargo, no existen mecanismos que especifiquen las obligaciones del gobierno y otros actores respecto al bienestar social, a la disponibilidad de servicios para el cuidado de la salud y el acceso a medicamentos esenciales, atendiendo a las características particulares de los diversos grupos que componen la sociedad. Es una deuda pendiente asegurar la operatividad de las disposiciones legales e institucionales para el ejercicio pleno de los derechos fundamentales, vale decir, al goce del mayor estándar posible de salud, a la vida y a la no discriminación.
- o El establecimiento de las farmacias sociales muestra la potencialidad de la participación ciudadana y de los gobiernos locales para solucionar problemas básicos del derecho a la salud, como es el acceso a ella.
- o Igualmente, esas farmacias constituyen un mecanismo de transparencia, pero los medicamentos, una importante fuente de corrupción y clientelismo. Corrupción debido al manejo irregular de los fondos presupuestarios destinados a la compra de remedios y clientelismo, sobre todo en época de elecciones, ya que es uno de los bienes que se distribuyen a cambio del voto o la sujeción a un determinado partido político.
- o Sin embargo, es necesario aumentar el compromiso de las autoridades locales, regionales y nacionales respecto de esta potencialidad. A pesar de los avances en materia jurídica, todavía existen normas contrapuestas y poco claras, por lo que se torna necesario plantear una profunda

- revisión y una propuesta de los cambios que se requieren.
- o La falta de una política pública coherente con los objetivos de la desconcentración no ha permitido la continuidad ni la sistematización del proceso iniciado. El fortalecimiento de estas experiencias y la expansión de las oportunidades que ofrece depende de la puesta en práctica de una estrategia de apoyo explícita desde el sector público.
 - o La forma que toma la organización y el funcionamiento facilitan la transparencia y la rendición de cuentas y genera un mecanismo de exigencias, ya que cada farmacia social cuenta con una lista de medicamentos que la ciudadanía puede y debe pedir que se disponga.
 - o La lista de medicamentos se basa en los principios establecidos por la Declaración de Alma Ata y de la Organización Mundial de la Salud para garantizar el acceso de la ciudadanía a los medicamentos eficaces, eficientes y con garantías de inocuidad.
 - o A pesar del éxito en garantizar el acceso a medicamentos, el Estado no debe, por ello, desligarse de sus obligaciones en tal sentido. Las condiciones de salud de la población no deben estar supeditadas a la disponibilidad de la oferta ni a su capacidad económica. Por lo tanto, es necesario garantizar el derecho a los medicamentos a las personas especialmente vulnerables, con mecanismos de financiamiento público.
 - o Actualmente, alrededor de las farmacias sociales surgieron iniciativas ciudadanas con el objetivo de financiar a quienes no pueden pagar el precio de sus medicamentos, pero, por supuesto, no son suficientes. Resulta oportuno señalar que las farmacias sociales surgen, principalmente, en contextos de vulnerabilidad, inseguridad económica y pobreza, por lo que la capacidad de subsidio de estos grupos sociales a los sectores en mayores condiciones de pobreza o en extrema pobreza es limitada.
 - o El país no podrá consolidar estas experiencias ni garantizar el derecho a la salud sin una política farmacéutica y de medicamentos genéricos y una estrategia de contención de costos para los suministros esenciales de salud pública, haciendo hincapié en precios asequibles y en un sistema de suministro que garantice la disponibilidad y la eficiencia.
 - o Gracias a una política farmacéutica nacional coherente se pueden lograr resultados positivos en el suministro de medicamentos esenciales. Esta política debe incluir mecanismos efectivos de abastecimiento y distribución, seguridad en la calidad mediante la meticulosa comprobación de los productos, selección de los proveedores, racionalización de las prescripciones con la creación de guías de tratamiento normalizadas y una mejor formación y supervisión de los técnicos farmacéuticos, suministro público gratuito de vacunas y medicamentos de primera necesidad.
 - o Los medicamentos genéricos son un importante medio para mejorar el acceso a ellos, ya que la competencia en el mercado farmacéutico promueve la reducción de precios. Las políticas de los genéricos requieren normas claras e incentivos en todo el proceso de abastecimiento: producción, registro, dispensación, prescripción y uso.
 - o Esta política debe recoger estadísticas desagregadas para monitorear el acceso a los medicamentos por género y de los grupos vulnerables y garantizar la información sobre el cumplimiento progresivo del derecho a la salud de estos grupos.

Siglas y acrónimos

AJUSCOR	Asociación de Juntas de Saneamiento de Cordillera
ANDE	Administración Nacional de Electricidad
ATS	Atención Primaria de la Salud
CEDAW (en inglés)	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer
CIRD	Centro de Información y Recursos para el Desarrollo
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CRS	Consejo Regional de Salud
CLS	Consejo Local de Salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
CORPOSANA	Corporación de Obras Sanitarias
EPH	Encuesta Permanente de Hogares
ERSSAN	Ente Regulador de Servicios Sanitarios
ESSAP	Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay
IPS	Instituto de Previsión Social
IVA	Impuesto al Valor Agregado
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSA	Planes de Seguridad del Agua
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SENASA	Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental
SNS	Sistema Nacional de Salud
USAID (en inglés)	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Bibliografía

- Artigas, Carmen. La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la CEPAL. Santiago de Chile, 2003.*
- Becker, Gary. Tratado de la familia. Alianza Editorial. Madrid, 1981.*
- Biesinger, Brigitte. Paraguay. Sector agua potable y saneamiento. STP-Proyecto Plan-des. Asunción, 1998.*
- Blake, Judith. "Family size and the quality of children". En Demography, Nro. 18, 1981, pp.321-342.*
- CEPAL, Fundación Kellogg. Experiencias en innovación social. Programa Comunitario de Salud-Salud para Todos. Fram, 2006.*
- CIRD, Fondos Rotatorios de Medicamentos Básicos para Farmacias Sociales – La experiencia del Departamento de Itapúa. Experiencias 1, 2001.*
- Cortés, Armando. "Desarrollo Humano, salud y pobreza". En Colombia Médica, Vol. 37, Nro. 1, 2006.*
- DGEEC. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Encuestas de hogares 1995-2007.*
- Folbre, Nancy. Who pays for kids?. Gender and structures of constraint. Routledge, Londres, 1994.*
- Holst, Jens. La protección social en Paraguay. STP/GTZ. Asunción, s.f.*
- Howard, Guy. Domestic Water Quantity. Service Level and Health. Organización Mundial de la Salud. 2003.*
- Organización Panamericana de la Salud. Hacia la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector de la salud. 1998.*
- Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud. Paraguay. 2001.*
- Organización Panamericana de la Salud. La salud y el desarrollo humano. Informes del Director. Varios años.*
- Organización Mundial de la Salud. Guías para la Calidad del Agua Potable. 3.ª edición, 2004.*

- Kliksberg, Bernardo. *Capital social y cultura. Claves olvidadas del desarrollo*. En www.iadb.org/etica. Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. Noviembre, 2007.
- López, Sara. *Modelos de gestión de agua y saneamiento en Paraguay*. Ponencia presentada en el Simposio Internacional Modelos de gestión de servicios de agua y saneamiento en pequeñas ciudades. Lima, 2007. En www.conapas.gob.ni. Noviembre, 2007.
- Marulanda, Nohra Rey de y Julio Guzmán. *Inequidad, desarrollo humano y políticas sociales*. BID. Washington, 2003.
- MSPBS/OPS/OMS. *Cuentas de salud. Paraguay 2002-2004*. Paraguay 2006.
- MSPBS/OPS/OMS. *Política Nacional de Medicamentos*. Paraguay 2001.
- MSPBS. *Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental*. SENASA. Estatuto Junta de Saneamiento.
- MSPBS. *Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental*. SENASA. Decreto 8910/74. 1974
- Naciones Unidas. *Informe de Paraguay. Objetivos de Desarrollo del Milenio*. 2005
- Nussbaum, Martha; Amartya Sen. *La calidad de vida*. Fondo de Cultura Económica. México, D.F., 1993.
- OPS/OMS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington 2007.
- OMS. *Guías para la Calidad del Agua Potable*. 3era. Edición 2004.
- Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. *Usos y gobernabilidad del agua en el Paraguay*. PNUD. Asunción, 2006.
- Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. *Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2007-2008: La lucha contra el cambio climático: solidaridad frente a un mundo dividido*.
- Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. *Informe Mundial sobre Desarrollo Humano 2006: mMás allá de la escasez: poder, pobreza y crisis mundial del agua*.
- Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas. *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano, Paraguay 2008: "Equidad para el Desarrollo"*.
- Sapag, Jaime y Ichiro Karachi. "«Capital social y promoción de la salud en América Latina"». En *Revista Saúde Pública*. 41-1. pp. 139-149. 2007.
- Sen, Amartya. *Bienestar, justicia y mercado*. Ediciones Paidós. Barcelona, 1997.
- Sen, Amartya. *Salud y desarrollo*. Discurso inaugural ante la 52a.ª Asamblea Mundial de la Salud. Cambridge, 1999.

El PNUD, como agencia de las Naciones Unidas especializada en el desarrollo, tiene como uno de sus principales mandatos la generación y difusión del conocimiento acerca del desarrollo. Y el Desarrollo Humano, como filosofía y enfoque es la piedra angular de esta agencia.

Con la publicación de los Cuadernos de Desarrollo Humano tenemos la intención de aportar a la investigación, difusión, debate y formulación de políticas públicas en los diferentes temas que hacen al desarrollo en el Paraguay, desde la perspectiva del desarrollo humano.

Los Cuadernos forman parte de una estrategia más amplia de profundización y aplicación de este enfoque al desarrollo del país, conjuntamente con los Informes Mundiales y Nacionales sobre Desarrollo Humano y el Atlas de Desarrollo Humano de Paraguay. Por lo tanto, no resultan una iniciativa aislada sino parte de un esfuerzo sustancial y sistemático orientado al fortalecimiento de las capacidades de políticos, profesionales, intelectuales, empresarios, líderes sociales y funcionarios.

La concepción amplia, integrada y holística del desarrollo centrado en las personas, como desarrollo humano, permitirá que estos Cuadernos traten una diversidad de temas en los ámbitos social, económico, político y cultural, y resulten de interés para el sector público, privado y la sociedad civil.



Paraguay

**Programa
de las Naciones Unidas
para el Desarrollo**

Mcal. López esq. Saraví
Edif. Naciones Unidas
Asunción - Paraguay

Tel: (595 21) 611 980
Fax: (595 21) 611 981
www.undp.org.py

Los dos casos que se presentan en este Cuaderno corresponden a iniciativas ciudadanas que cuentan con el apoyo del sector público. Aunque en términos generales ambas pueden ser vistas como experiencias similares, el análisis muestra importantes diferencias en la gestión de los recursos, en los mecanismos de participación ciudadana, en la forma de vinculación con el sector público y en las relaciones entre los distintos actores sociales involucrados.

El primero de ellos se refiere a la obtención de agua potable por parte de la ciudadanía, mediante la creación de las juntas de saneamiento. Estas organizaciones, de larga data en el país, están creciendo en número y ampliando su cobertura y sus funciones tradicionales en algunos casos.

Actualmente, existen unas 2.076 juntas de saneamiento ubicadas en todo el territorio paraguayo. Sin embargo, no todas funcionan con los mismos niveles de eficiencia y eficacia.

El segundo se refiere a la obtención de medicamentos a menor costo. Las farmacias sociales analizadas en este trabajo surgen en el Paraguay a instancias de las autoridades departamentales, locales o de los Consejos Regionales de Salud y Consejos Locales de Salud. Cuentan con una lista de medicamentos esenciales utilizados en la atención primaria de la salud, la que es elaborada entre funcionarios de los establecimientos de salud y el Consejo Local de Salud o el subconsejo de salud, a partir del perfil epidemiológico del lugar en que se instalan.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Visite nuestro sitio web: www.undp.org.py/dh