



Asamblea General

Distr. general
24 de mayo de 2016
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

32º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental relativo a su visita al Paraguay*

Nota de la Secretaría

La Secretaría tiene el honor de transmitir al Consejo de Derechos Humanos el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental relativo a la visita que realizó al Paraguay del 23 de septiembre al 6 de octubre de 2015. El Paraguay ha hecho progresos en el disfrute del derecho a la salud, particularmente mejorando los indicadores de salud básica y armonizando el marco normativo de conformidad con sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. Para que el Paraguay haga plenamente efectivo el derecho a la salud, el Relator Especial alienta al Gobierno a hacer frente a una serie de problemas graves, en su mayoría relacionados con la aplicación del marco normativo y las políticas vigentes y con la prevalencia de desigualdades y actos de discriminación y de violencia contra grupos y sectores clave de la población, en particular las mujeres y las niñas, los niños y los adolescentes, las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero y las personas que viven con el VIH/SIDA. En el presente informe el Relator Especial aborda las cuestiones relacionadas con la salud mental y los problemas que afectan al sistema nacional de salud, y formula una serie de recomendaciones.

* Este informe se presenta con retraso para poder incluir en él la información más reciente.

GE.16-08255 (S) 060616 080616



* 1 6 0 8 2 5 5 *

Se ruega reciclar



Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental relativo a su visita al Paraguay**

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. El derecho a la salud en el Paraguay	3
A. Antecedentes.....	3
B. Marco legal e institucional.....	4
C. Problemas estructurales y estrategia de salud basada en los derechos humanos	5
III. El derecho a la salud de grupos y sectores clave de la población.....	6
A. Mujeres y niñas.....	7
B. Niños, niñas y adolescentes	10
C. Personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero	13
D. Personas que viven con el VIH/SIDA	14
E. Derecho a la salud mental: prioridades y camino a seguir	15
F. Sistema nacional de atención de la salud	18
IV. Conclusiones y recomendaciones.....	21

** Se distribuye únicamente en el idioma en que se presentó y en español.

I. Introducción

1. El Relator Especial visitó el Paraguay del 23 de septiembre al 6 de octubre de 2015 por invitación del Gobierno. El propósito de la misión era determinar, en un espíritu de diálogo y cooperación, los esfuerzos que había realizado el país para hacer efectivo el derecho a la salud.
2. Durante su visita, el Relator Especial se reunió con funcionarios de alto nivel de los Ministerios de Educación y Cultura, Relaciones Exteriores, Justicia, Trabajo, Salud Pública y Bienestar Social, y de la Mujer. También se reunió con funcionarios de alto nivel de la Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia, la Secretaría Técnica de Planificación, la Secretaría de Acción Social, el Instituto de Previsión Social, el Instituto Paraguayo del Indígena, el Mecanismo Nacional de Prevención y la Secretaría Nacional por los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. También celebró reuniones con la Presidenta de la Corte Suprema de Justicia y miembros del Congreso. Se entrevistó asimismo con representantes de la sociedad civil, las organizaciones internacionales, las contrapartes de las Naciones Unidas y los que trabajan en desarrollo, los medios académicos, expertos jurídicos y profesionales de la salud.
3. El Relator Especial visitó varios servicios de salud, unidades de salud familiar y escuelas en Asunción y en diversos barrios desfavorecidos de Itauguá, Coronel Oviedo y Ciudad del Este. También visitó el Hospital Psiquiátrico de Asunción, una cárcel y un centro educativo de detención para adolescentes en Ciudad del Este.
4. El Relator Especial agradece al Gobierno del Paraguay su invitación y su completa cooperación durante su visita. Aprecia el decisivo apoyo prestado por la Asesora en Derechos Humanos de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y su equipo. También agradece el apoyo prestado por el equipo país de las Naciones Unidas, y en particular por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y por todos los que contribuyeron con su tiempo y experiencia.

II. El derecho a la salud en el Paraguay

A. Antecedentes

5. En 1989, el Paraguay salió de más de tres décadas de dictadura del General Alfredo Stroessner y todavía es una democracia joven. Sin embargo, el fin del régimen autocrático no trajo consigo la estabilidad política. En los años siguientes, el país fue testigo del asesinato de un vicepresidente y de la polémica destitución del primer Presidente perteneciente a la Alianza Patriótica para el Cambio, a causa del mal manejo de un desalojo de tierras durante el cual resultaron muertos agentes de policía y campesinos.
6. Con una población de casi siete millones de habitantes, el Paraguay es un país multicultural de abundantes recursos naturales que se caracteriza por profundas desigualdades que afectan particularmente a los que viven en las zonas rurales, los pueblos indígenas, los adolescentes y los jóvenes, así como a las mujeres y las niñas. Es un país sin litoral de bajos ingresos, el 22,6% de la población vive en la pobreza y el 10,5% en la pobreza extrema¹. La pobreza se ha reducido en el último decenio, pero sigue afectando a

¹ Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, Encuesta Permanente de Hogares 2014, disponible únicamente en español.

uno de cada cuatro paraguayos, mientras que la pobreza extrema afecta a uno de cada diez². La incidencia de la pobreza y la pobreza extrema entre las comunidades indígenas supera con creces las medias nacionales (véase A/HRC/30/41/Add.1, párr. 49). En el Paraguay el gasto social por habitante es uno de los más bajos de la región, con 147 dólares de los Estados Unidos en 2010³.

7. El país ha hecho avances significativos en lo que respecta a la esperanza de vida de determinados sectores de la población, ha reducido las tasas de mortalidad materna e infantil en los últimos decenios y ha realizado con éxito campañas de vacunación en todo el país. Sin embargo, si bien la mortalidad de los niños menores de 5 años se ha reducido a la mitad desde la década de 1990, las tasas de mortalidad materna siguen siendo de las más altas de la región, con 110 muertes por cada 100.000 nacimientos con vida en 2013⁴. La causa principal son las complicaciones resultantes del nacimiento antes de término debido a un embarazo precoz, las complicaciones resultantes de los abortos en condiciones de riesgo, la toxemia, las hemorragias y la sepsis (véase DP/FPA/CPD/PRY/7, párr. 6).

8. En el Paraguay, la comercialización de la agricultura, el crecimiento demográfico y la deforestación han causado un drástico aumento del número de comunidades sin tierra. El resultado ha sido un gran éxodo de las zonas rurales a las zonas urbanas y a barrios de viviendas precarias.

9. La economía paraguaya es pequeña y abierta y en la última década creció a un promedio del 5%⁵. Durante ese período el país ha hecho importantes progresos a nivel macroeconómico, logrando muy buenos resultados en los ámbitos fiscal y monetario gracias a la puesta en marcha de grandes reformas sociales. Algunas de las reformas sociales recientes son el libre acceso a la atención primaria de la salud y a la enseñanza secundaria, así como la extensión de los programas de transferencias condicionales en efectivo en beneficio de los sectores más vulnerables de la población.

10. El primer Plan Nacional de Desarrollo (2014-2030) se preparó para eliminar la pobreza extrema y promover el incremento de los ingresos del 40% más pobre de la población. El Plan incluye un componente destinado a mejorar el acceso a los servicios sociales, en particular de salud, y la calidad de estos. El Plan respalda un marco económico de mediano plazo que promueve políticas fiscales sostenibles, una mejor recaudación de impuestos, una mayor eficacia y la focalización de las políticas de protección social, y una mayor inclusión financiera⁶.

B. Marco legal e institucional

11. El Paraguay es Miembro fundador de las Naciones Unidas y miembro del Consejo de Derechos Humanos y ha cursado una invitación permanente a los procedimientos especiales del Consejo. Ha ratificado casi todos los tratados internacionales de derechos humanos. Actualmente solo está pendiente la ratificación del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones.

12. El Paraguay ha ratificado todos los instrumentos regionales de derechos humanos, excepto la Convención Interamericana contra Toda Forma de Discriminación e Intolerancia

² Véase www.worldbank.org/en/country/paraguay/overview.

³ Véase www.cadep.org.py/uploads/2015/10/EyS-17.pdf.

⁴ Véase www.who.int/gho/countries/pry.pdf.

⁵ Véase www.worldbank.org/en/country/paraguay/overview.

⁶ *Ibid.*

y la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia.

13. El marco constitucional y normativo reconoce el derecho a la salud y otros derechos conexos. La Constitución Nacional de la República del Paraguay consagra el derecho a la salud en relación con los derechos a la vida, a la integridad física y mental y a la calidad de vida en los artículos 4, 6, 7, 68, 69 y 70. En particular, el artículo 68 establece la responsabilidad del Estado de proteger y promover la salud como derecho fundamental. Los artículos 46 a 48 prohíben la discriminación, lo que acarrea la responsabilidad del Estado de eliminar todos los factores que contribuyen a la misma. El artículo 60 reconoce el derecho a una vida exenta de violencia.

14. Existen una serie de políticas, iniciativas y programas públicos que se desprenden de ese marco, en particular la labor sobre los indicadores de derechos humanos y el derecho a la salud, que debe continuarse⁷. El Gobierno ha elaborado un sistema para supervisar la aplicación de las recomendaciones de los mecanismos de derechos humanos (SIMORE), que se considera una buena práctica y está siendo implementado en otros países.

15. El Paraguay es digno de elogio por haber aprobado, en septiembre de 2015, la Ley de Salud Indígena, que se elaboró en consulta con los pueblos indígenas. Ahora esta Ley debe instrumentarse mediante una asignación previsible y suficiente de recursos humanos y financieros. Al respecto, el Relator Especial consideró preocupante enterarse, durante su visita, de que el presupuesto del Instituto Paraguayo del Indígena se había reducido a menos de la mitad.

16. Cabe señalar la existencia del Plan Nacional de Derechos Humanos, el Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos y el recientemente aprobado Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad. En septiembre de 2015 se aprobó la Ley de Acceso a la Información Pública como resultado de la colaboración entre el Gobierno y la sociedad civil.

17. Sin embargo, el Paraguay es uno de los pocos países de la región que no dispone del marco normativo necesario para combatir la discriminación, lo que constituye una deuda histórica para con la sociedad paraguaya.

18. Otro motivo de preocupación es la situación de la Defensoría del Pueblo, que adolece de deficiencias institucionales y no se ajusta plenamente a los Principios relativos al estatuto de las instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos (Principios de París). Además, el mandato de su titular expiró en 2008 y hasta ahora no se ha nombrado a su sucesor.

C. Problemas estructurales y estrategia de salud basada en los derechos humanos

19. Muchos de los problemas detectados durante la visita guardan relación con factores estructurales y sistémicos que entorpecen los progresos en muchas áreas, en particular el disfrute del derecho a la salud. Los principales factores son las profundas y persistentes desigualdades asociadas, entre otras, a una estructura tributaria regresiva que no permite la inversión pública necesaria. La discriminación es generalizada y no se la combate debidamente debido a la falta de una normativa y unas políticas apropiadas y a la inexistencia de programas sociales y educativos adecuados.

⁷ Véase Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, "Indicadores de derechos humanos: el derecho a la salud", 2012.

20. Conforme al Decreto núm. 19.966/98, por el cual se reglamenta la descentralización sanitaria a nivel local, la competencia en materia de salud se ha venido delegando en las autoridades locales desde finales de la década de 1990. Se han transferido responsabilidades al ámbito local, pero el nuevo sistema no ha permitido resolver las endémicas deficiencias institucionales, las importantes limitaciones presupuestarias y la corrupción prevaleciente en diferentes niveles.

21. Además, la puesta en práctica efectiva de la normativa vigente suele verse entorpecida por la falta de una estrategia sanitaria eficaz basada en los derechos humanos, incluyendo la información y los presupuestos públicos. Esta situación, combinada con un modelo no inclusivo de rápido crecimiento económico, menoscaba gravemente los esfuerzos desplegados desde la instauración de la democracia para promover y proteger el derecho a la salud y los derechos conexos.

22. El Relator Especial destaca la importancia de una estrategia de salud basada en los derechos humanos. El disfrute de la salud y el ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales son complementarios. Para ejercer plenamente los derechos humanos y poder participar en la vida civil, social, política, cultural y económica de un Estado se necesita el más alto nivel posible de salud física y mental. Por su parte, los derechos humanos y las libertades fundamentales son esenciales para garantizar un genuino bienestar físico y mental⁸.

23. La violación o la falta de respeto de los derechos humanos puede menoscabar el bienestar físico, mental y social de las personas. Por consiguiente, la legislación, la política y la planificación en materia de salud pública pueden promover y proteger los derechos humanos y libertades fundamentales o, por el contrario, entorpecer el ejercicio de los derechos fundamentales relacionados con el bienestar físico y mental.

24. La aplicación de los instrumentos internacionales de derechos humanos en el ámbito de la salud de los grupos y poblaciones en situación de vulnerabilidad todavía está en sus comienzos en la región latinoamericana. Como han destacado los Estados miembros de la OPS, es fundamental que la legislación, la política y la planificación en materia de salud aplicables a esos sectores de la población tengan en cuenta las normas internacionales vigentes, especialmente la normativa y las directrices técnicas internacionales y regionales.

25. El Paraguay tiene una gran oportunidad de reforzar la relación entre salud y derechos humanos, pero debe aprovecharla eficazmente para resolver muchos de los problemas transversales.

III. El derecho a la salud de grupos y sectores clave de la población

26. Durante su visita, el Relator Especial observó grandes disparidades y discriminaciones en el disfrute del derecho a la salud en el Paraguay y consideró preocupantes las tendencias regresivas que menoscababan los logros que se habían alcanzado. Las disparidades guardan relación principalmente con obstáculos a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención de la salud, así como con factores determinantes como la pobreza, la alimentación y nutrición, el agua potable y un saneamiento adecuado, condiciones de salubridad en el trabajo y el medio ambiente, o el acceso a la educación y la información sobre las cuestiones relacionadas con la salud.

27. La falta de servicios esenciales en los barrios desfavorecidos y las zonas rurales y remotas del país afecta desproporcionadamente a los grupos que están en situaciones de

⁸ Véase www.un.org/disabilities/documents/paho_mh_resolution.pdf.

pobreza y a las comunidades de campesinos e indígenas. Algunos sectores clave y grupos específicos de la población enfrentan graves dificultades para ejercer su derecho a la salud, en particular las mujeres y las niñas, los niños y los adolescentes, las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero, las personas con discapacidad y las personas que viven con el VIH/SIDA.

A. Mujeres y niñas

Mortalidad y morbilidad maternas

28. Las mujeres y las niñas se enfrentan a numerosos obstáculos en el disfrute de su derecho a la salud, particularmente las de los grupos en situaciones de pobreza y vulnerabilidad, como las indígenas o las que viven en las zonas rurales. En 2013, la tasa de fecundidad total en el Paraguay era de 2,9 nacimientos por mujer, pero en las zonas rurales duplicaba la media nacional.

29. El país enfrenta importantes retos para reducir la mortalidad materna y neonatal prevenibles. Sigue siendo uno de los países con mayores tasas de mortalidad materna y neonatal de la región, con una media nacional de 110 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos con vida en 2013⁹, pero esa cifra oculta grandes desigualdades existentes entre las zonas rurales y urbanas. Las tasas más altas corresponden a los departamentos más pobres (Concepción, San Pedro y Caazapá) y los departamentos más poblados (Alto Paraná y Central). Las zonas metropolitanas como Asunción o Central tienen una tasa de mortalidad materna de 68,6, mientras que la de la región Occidental o Chaco se eleva hasta 135,7¹⁰. Si bien el número de nacimientos en instituciones ha aumentado, particularmente en las zonas rurales, sigue faltando una atención prenatal adecuada, especialmente entre los sectores más pobres de la población.

30. Algunas iniciativas destinadas a abordar la situación son el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018, la Movilización Nacional para la disminución de la mortalidad materna y del recién nacido, y la campaña “Cero muertes evitables”, cuyo objetivo es reducir el número de muertes maternas y neonatales prevenibles.

31. En el Paraguay la mortalidad materna se debe principalmente a causas prevenibles, principalmente durante el parto o las complicaciones durante el puerperio, como las hemorragias, las complicaciones del aborto o la toxemia. Un gran número de casos tienen que ver con el embarazo precoz o de adolescentes, y muchos de ellos afectan a niñas de 10 a 14 años y resultan del abuso o la violencia sexual. Según los datos disponibles, los embarazos de adolescentes representan el 20% de las muertes maternas en el país¹¹.

32. La situación se ve agravada por la normativa extremadamente restrictiva que rige la interrupción del embarazo, que tipifica el aborto como delito cualesquiera sean las circunstancias, excepto cuando la vida de la mujer o la niña corre peligro (art. 109, párr. 4, del Código Penal). Sin embargo, esa excepción se utiliza rara vez. El resultado es que los abortos se llevan a cabo en lugares clandestinos, lo que genera graves complicaciones de salud que cada año provocan la muerte de muchas niñas y mujeres jóvenes.

33. Por otra parte, las mujeres y las niñas que abortan, aun cuando estuviesen embarazadas a causa de una violación o una relación incestuosa, pueden ser castigadas con una pena de prisión. El artículo 352 del Código Penal dispone que los profesionales de la

⁹ Véase www.who.int/gho/countries/pry.pdf.

¹⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “Situación del derecho a la salud materna, infantil y adolescente en Paraguay”, 2013, pág. 9.

¹¹ *Ibid.*, pág. 9.

salud que realicen abortos ilegales podrán ser castigados con penas de prisión de dos a ocho años.

34. En un intento por resolver el problema, en marzo de 2012 el Ministerio de Salud Pública aprobó la resolución núm. 146, que establece que los centros de salud están obligados a admitir y asistir a todas las mujeres, sin discriminación, y a respetar su derecho a la privacidad. El Ministerio publicó las Normas de atención humanizada post aborto. Durante la visita del Relator Especial no quedó claro en qué medida se estaban aplicando esas normas en el sector de la atención de la salud. Ciertamente, es preciso hacer más esfuerzos para que los profesionales de la salud tomen más conciencia de su obligación de mantener la privacidad e integridad de sus pacientes, y para garantizar un tratamiento de urgencia adecuado a las pacientes después del aborto.

35. El Relator Especial consideró sumamente preocupante enterarse de que las madres de las niñas embarazadas son sistemáticamente incriminadas y acusadas de “omisión del deber de debido cuidado”. De ello resulta que las niñas sean encerradas en sus hogares, aisladas de sus familiares y desconectadas de sus amigos y del entorno escolar hasta que dan a luz. El Estado tiene la obligación de proteger el derecho de las niñas a la libertad, la privacidad y la integridad física por ser menores de edad. Al hacerlo, debe equilibrar el interés superior de las niñas con la evolución de sus capacidades y la importancia de sus vínculos familiares.

36. A juicio del Relator Especial, el marco legal, reglamentario e institucional vigente no protege a las niñas muy jóvenes que han sido víctimas de abusos sexuales y luego se ven forzadas a llevar adelante un embarazo muy riesgoso y una maternidad con efectos duraderos en su salud física y mental.

37. El caso Mainumby, que tuvo una amplia cobertura mediática, es un ejemplo de un problema sistémico y estructural. Ese caso generó reacciones de expertos internacionales, la adopción de medidas cautelares por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos¹², y una declaración del Parlamento Europeo¹³. Sin embargo, es solo uno de los cientos de casos de niñas de 10 a 14 años que son víctimas de la violencia sexual y se ven forzadas cada año a embarazos y maternidad no deseados.

38. Se trata de una cuestión relacionada con la protección de los derechos humanos y de un problema de salud pública al que se debe hacer frente introduciendo cambios en la legislación, las políticas y las prácticas basándose en la experiencia científica y una estrategia basada en los derechos humanos. Se debe revisar la legislación vigente para despenalizar el aborto y garantizar la interrupción terapéutica del embarazo mediante el acceso a los servicios correspondientes, al menos cuando el embarazo resulte de una violación o un acto incestuoso, en los casos de malformaciones fetales, o cuando la vida o la salud de la madre corren peligro.

39. La experiencia demuestra que penalizar el aborto solo genera prácticas clandestinas y riesgosas y expone a las mujeres y las niñas a unos peligros, una violencia y una estigmatización adicionales que afectan el pleno disfrute de su derecho a la salud.

Derechos en materia de salud sexual y reproductiva

40. Según se informa, un 40% de las niñas de 15 a 19 años dicen haber mantenido relaciones sexuales y el 43% de ellas lo han hecho antes de los 16 años. Más de la mitad de esas relaciones tuvieron lugar de manera imprevista, el 28% voluntariamente y el 12% por la fuerza. Las relaciones sexuales precoces son más comunes en las zonas rurales. La

¹² Véase www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2015/MC178-15-ES.pdf.

¹³ Véase www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P8-TA-2015-0230+0+DOC+PDF+V0/EN.

mayoría de las niñas recurren a métodos anticonceptivos modernos, como los preservativos (40%), las píldoras anticonceptivas y los anticonceptivos inyectables, pero algunas siguen recurriendo a los métodos tradicionales. No se dispone de datos sobre el comportamiento de los varones adolescentes¹⁴.

41. El Relator Especial valora el establecimiento de planes y programas nacionales, como el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, para garantizar la prestación coordinada de servicios de atención de la salud a aquel grupo de población. Sin embargo, en 2008 se presentó un proyecto de ley de salud sexual y reproductiva para reconocer que la salud sexual y reproductiva forma parte del derecho a la salud, pero ese proyecto no prosperó debido a la fuerte resistencia de los sectores religiosos y conservadores de la sociedad.

42. Durante su visita, el Relator Especial observó que las mujeres y las niñas se enfrentan a importantes obstáculos al pleno disfrute de su derecho a la salud, particularmente sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

43. Los servicios de salud reproductiva que más necesitan las niñas y las mujeres jóvenes incluyen el acceso a una contracepción segura, fiable y de buena calidad, servicios integrales de salud materna, el aborto en condiciones seguras y el tratamiento de las complicaciones causadas por un aborto en condiciones de riesgo, así como la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA (véase E/CN.9/2014/4, párrs. 68 a 77). Sin embargo, el derecho a la salud requiere algo más que la prestación de servicios, y se debe prestar atención a los factores sociales determinantes, como la violencia, la pobreza o la discriminación, que se ven reforzados por estereotipos y normas de género patriarcales.

44. El Paraguay tiene importantes deficiencias en el suministro de una información y una educación integrales en materia sexual y reproductiva para los niños, niñas y los adolescentes en las escuelas, la familia y otros ámbitos. Algunas familias son reticentes a abordar esas cuestiones y los medios suelen presentar los problemas de manera sensacionalista¹⁵.

45. La experiencia adquirida y la información recogida durante su visita permitieron al Relator Especial llegar a la conclusión de que en el Paraguay la violencia contra las mujeres y las niñas puede considerarse una epidemia. El abuso sexual y otras formas de violencia, en particular la violencia doméstica, son fenómenos generalizados. Las principales dificultades para hacer frente a la violencia contra la mujer son el hecho de que esos actos no se denuncian lo suficiente debido a los patrones de género patriarcales prevalecientes y la estigmatización conexas, y de que el alcance y la aplicación de las disposiciones legales vigentes siguen siendo insatisfactorios.

46. Deben adoptarse medidas dinámicas para hacer frente a la violencia contra las mujeres y las niñas. La violencia contra las mujeres debe considerarse como una cuestión de protección de los derechos humanos y un problema de salud pública, ya que está directamente relacionada con consecuencias negativas para la salud física y mental de las mujeres y las niñas afectadas. El Relator Especial celebra el proyecto de ley de protección integral de las mujeres contra toda forma de violencia, que se aprobó en primera lectura en el Parlamento en diciembre de 2015. Confía en que ese proyecto se apruebe y aplique sin demora.

47. Durante su visita, el Relator Especial recibió denuncias de actos de intimidación y acoso contra personas, organizaciones no gubernamentales (ONG), defensores y defensoras

¹⁴ UNICEF, "Situación del derecho a la salud", pág. 56.

¹⁵ UNICEF, "Situación del derecho a la salud", pág. 10.

de los derechos humanos y abogados que se ocupan de los derechos de la mujer y las cuestiones de género, en particular de la violencia contra la mujer y la violencia sexual. Expresó su preocupación por esos actos y subrayó que en una sociedad democrática y abierta son inadmisibles. Esas personas están realizando una labor fundamental para promover y proteger el derecho a la salud y otros derechos, por lo que deben poder hacerlo en un entorno seguro y propicio.

B. Niños, niñas y adolescentes

48. Aproximadamente la tercera parte de la población del Paraguay (32%) se compone de adolescentes y niños, en su mayoría de menos de 15 años¹⁶. La infancia y la adolescencia son dos momentos críticos de la vida por lo que se refiere a reforzar la resiliencia y combatir la enfermedad y la morbilidad en las etapas posteriores.

49. El Paraguay ha hecho progresos en la reducción de la mortalidad de lactantes y la mortalidad infantil, en particular aumentando la cobertura de los programas de inmunización infantil. Sin embargo, la mortalidad neonatal y de adolescentes (de 15 a 19 años) representa, respectivamente, el 43% y el 20% del total de muertes en el grupo de edad de 0 a 19 años¹⁷. La malnutrición sigue afectando a muchos niños y niñas, particularmente indígenas, entre los cuales la tasa de malnutrición crónica es del 41,7%, frente a la media nacional del 17,5% (véase A/HRC/30/41/Add.1, párr. 49).

50. El Paraguay se adhirió a la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990, pero aún no ha ratificado el Protocolo Facultativo de la Convención relativo a un procedimiento de comunicaciones para permitir un acceso efectivo a la justicia y la reparación por las vulneraciones.

51. El Código de la Niñez y la Adolescencia, que se adoptó en la Ley núm. 1680/01, de 2001, es el principal instrumento legal relativo al derecho a la salud de ambos grupos. El Código garantiza el derecho a la información y prevé la educación sexual del niño y del adolescente (art. 14). También impone al Estado la obligación de suministrar servicios y programas de educación sexual de acuerdo con su desarrollo, su cultura y sus valores familiares. Los servicios para esos grupos deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento informado y el desarrollo integral del niño y el adolescente.

52. La Ley contra la Violencia Doméstica (núm. 1600/00) prevé la protección de todas las personas que sufren violencia o abuso físico, psicológico o sexual en el entorno doméstico, en particular los niños y niñas.

53. La Política Nacional de la Niñez y Adolescencia es el principal instrumento de aplicación del marco normativo, junto con el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia, destinado a garantizar y promover los derechos de los niños y niñas menores de 8 años, el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015 y el Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015.

54. En los últimos años se han hecho esfuerzos encomiables para garantizar la rendición de cuentas y la transparencia en la aplicación de las políticas públicas, en particular las destinadas a los niños y niñas. Se han elaborado indicadores, especialmente en materia de salud, y esos esfuerzos culminaron con la elaboración de los 20 compromisos para mejorar la cantidad y la eficiencia de la inversión en la niñez y la adolescencia¹⁸.

¹⁶ Véase www.who.int/gho/countries/pry.pdf.

¹⁷ UNICEF, "Situación del derecho a la salud", pág. 9.

¹⁸ Véase www.unicef.org/paraguay/spanish/20_compromisos_ninez.pdf.

55. Subsisten, sin embargo, graves amenazas y obstáculos al derecho de los niños a un desarrollo integral. La violencia contra los niños, niñas y los adolescentes es un problema persistente en el Paraguay. De cada 10 niños, 6 sufren alguna forma de violencia en su familia¹⁹. Asimismo, 6 de cada 10 muertes de adolescentes resultan de causas externas como accidentes de tráfico, homicidios o suicidios.

56. La forma en que las autoridades están abordando la salud y protección de los niños, niñas y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad, que están expuestos a múltiples infortunios, es un ejemplo de políticas y prácticas ineficaces. Las deficiencias existentes en los distintos niveles de formulación y aplicación de las políticas dificultan la implementación de buenas prácticas y de las recomendaciones formuladas por los organismos de vigilancia de los derechos humanos, las organizaciones internacionales y las demás partes interesadas. Es menester abordar el derecho a la salud de los niños y adolescentes de manera integral y aplicando una estrategia multisectorial. Ello significa ir más allá de los servicios médicos y hacer frente a las causas profundas de la violencia y a los factores sociales y ambientales determinantes.

57. En el Paraguay faltan servicios de salud y de asesoramiento confidencial que tengan en cuenta los intereses de los adolescentes, y es difícil acceder a los servicios esenciales, en particular en el caso de los niños, niñas y adolescentes indígenas que consumen drogas o alcohol, especialmente los que están privados de libertad. También falta una inversión sostenible en la promoción del desarrollo integral de los niños, en particular su desarrollo emocional y social.

58. En el Paraguay es alarmante la magnitud del consumo de drogas y alcohol entre los adolescentes. El 18% de los adolescentes consumen algún tipo de drogas o sustancias nocivas, siendo el alcohol la más común. Uno de cada cuatro adolescentes ha consumido alcohol antes de los 14 años, así como una media del 40% de los adolescentes de 14 a 17 años; esto significa que un 25% de los adolescentes menores de 14 años consume alcohol²⁰. La creciente prevalencia del VIH/SIDA entre los adolescentes en los últimos años también es motivo de preocupación, ya que cada vez se diagnostican siete nuevos casos como promedio. Desde 2005, el fenómeno afecta principalmente a las niñas de 15 a 19 años²¹.

59. Por otra parte, la elevada tasa de embarazo precoz en el país pone de manifiesto la profunda laguna existente en materia de protección de los derechos del niño, en particular su derecho a la salud e integridad físicas y mentales, su derecho a no sufrir ninguna forma de violencia y su derecho a recibir una información adecuada y educación sobre la salud. Prevalece la tendencia a relacionar la sexualidad exclusivamente con la reproducción, ignorándose así que la sexualidad es una actividad inherente al ser humano que abarca múltiples dimensiones personales y sociales²².

60. En el Paraguay, la educación sexual integral no está debidamente incorporada en los programas escolares. Los grupos e ideas confesionales ejercen una gran influencia en el sistema escolar, en el que los alumnos reciben información inexacta y carente de rigor científico sobre su salud. Los programas de educación correspondientes suelen no ser empíricos y hacen mucho hincapié en la abstinencia en vez de suministrar una información y una educación empíricas para permitir a los alumnos adoptar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad.

61. Ello contribuye ciertamente a la elevada prevalencia de los embarazos no deseados entre las niñas y los abortos en condiciones de riesgo, así como a un gran riesgo de

¹⁹ UNICEF, “Situación del derecho a la salud”, pág. 12.

²⁰ UNICEF, “Situación del derecho a la salud”, pág. 54.

²¹ *Ibid.*, pág. 58.

²² *Ibid.*, pág. 62.

propagación de las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA. La experiencia demuestra que la educación sexual integral tiene un efecto positivo en el conocimiento y el comportamiento de los adolescentes y los jóvenes en materia de salud (véase E/CN.9/2014/4, párr. 68).

62. El Relator Especial insta a las autoridades a aplicar en el ámbito escolar el Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos haciendo hincapié en la educación y la información sexuales. El Marco Rector Pedagógico para la Educación de la Sexualidad fue una iniciativa encomiable, pero nunca se aplicó. El Marco podría inspirar la elaboración de nuevas medidas en ese ámbito.

Niños y niñas privados de libertad

63. La mayoría de los adolescentes que están privados de libertad se encuentran en prisión preventiva, lo que en sí es un gran problema en el Paraguay, porque en el sistema penal se recurre excesivamente a las medidas de privación de la libertad. El Ministerio de Justicia, por conducto del Servicio de Atención al Adolescente Infractor, tiene a cargo los denominados “centros educativos”.

64. En el país hay siete centros de ese tipo con unos 450 adolescentes de ambos sexos, el 90% de los cuales están privados de libertad sin condena. Los principales problemas varían de la falta de personal letrado durante las audiencias de imposición de medidas preventivas, la falta de coordinación interinstitucional entre las autoridades en cuestión y las demás partes interesadas, y la falta de personal calificado, como psicólogos comunitarios, asistentes sociales, pediatras, oftalmólogos o psiquiatras.

65. Las condiciones de detención en esos centros han sido motivo de preocupación para los organismos nacionales e internacionales (véase CCPR/C/PRY/CO/3, párr. 21), y, según se informa, incluyen el hacinamiento, la mala calidad de la comida, la insuficiencia de agua potable y productos de higiene, y la falta de medicamentos básicos, como analgésicos, antibióticos o antiinflamatorios. La información también da cuenta de que los adolescentes internados en esos centros tienen un acceso restringido a sus familiares, lo que puede tener un efecto negativo en su desarrollo y sociabilización. Además, ha habido graves denuncias de malos tratos infligidos en los centros, en particular castigos corporales y tratos humillantes.

66. El Relator Especial visitó uno de esos centros educativos en Ciudad del Este, en el cual estaban internados en ese momento 56 niños que habían cometido principalmente delitos leves. Durante su visita pudo comprobar algunos de esos problemas, en particular la falta de programas para resolver problemas fundamentales como el consumo de drogas.

67. Todos los esfuerzos que se hacen para mejorar la situación existente en esos centros se ven menoscabados por el hecho de que la mayoría de los adolescentes internados en ellos no deberían estar privados de libertad. Se deben poner en práctica medidas alternativas a la privación de la libertad. Las medidas punitivas como la privación de la libertad son una forma de violencia institucional y no hacen más que reforzar el ciclo de injusticia, exclusión y desesperación en la sociedad. Tienen un efecto perjudicial en el disfrute del derecho a la salud, particularmente de los niños y niñas.

El derecho a la salud en las escuelas

68. En las últimas décadas, el Paraguay ha hecho progresos en el ámbito de la matriculación de los niños y niñas en las escuelas, pero sigue habiendo importantes

disparidades en lo que atañe a la situación de las niñas, los que viven en la pobreza y los indígenas²³.

69. Durante su visita, el Relator Especial visitó escuelas ubicadas en varios lugares y esta fue, a su juicio, una de las partes más estimulantes de su visita. Pudo verificar que, en general, los niños y niñas disfrutaban asistiendo a la escuela y que la mayoría de los maestros no escatiman esfuerzos, pese a los sueldos insuficientes, la escasez de recursos y en muchos casos una infraestructura deficiente.

70. Las escuelas brindan excelentes oportunidades como ámbitos para promover la salud y el bienestar de los niños y niñas, en particular mediante los programas de nutrición y la prestación de educación sanitaria e información empírica. Sin embargo, en el Paraguay esas oportunidades no siempre se aprovechan debidamente. La información sobre la salud que se proporciona no siempre es empírica y los progresos realizados en la implementación de una educación inclusiva para los niños con discapacidad han sido limitados. Además, prácticamente no se aplican medidas para hacer frente con carácter sistémico a los comportamientos intimidatorios y otras formas de violencia contra los niños en el ámbito escolar.

71. El Relator Especial vio a madres jóvenes asistir a la escuela con sus bebés y planteó la cuestión de los niños y niñas que abandonan la escuela, en muchos casos niñas que lo hacen debido a un embarazo precoz.

Niños y niñas con discapacidad

72. Si bien no se abordó directamente durante la visita, el Relator Especial señala con preocupación la situación de los niños con discapacidad. El Programa Nacional de Atención Integral a Niños, Niñas y Adolescentes con Discapacidad se limita a la prevención y detección temprana de la discapacidad que enfatiza el modelo médico, en detrimento del conjunto de derechos reconocidos a los niños y niñas con discapacidad (véase CRPD/C/PRY/1/CO, párr. 19).

73. También es motivo de preocupación la escasez de recursos disponibles para la aplicación de una política pública de inclusión de los niños con discapacidad. El número de niños y niñas con discapacidad matriculados en las escuelas es muy pequeño y la mayoría asiste a escuelas especiales. Resulta preocupante asimismo el uso persistente de terminología que refleja el modelo médico de la discapacidad para la clasificación de los niveles de educación.

C. Personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero

74. El Relator Especial se complació en constatar en el Paraguay que la situación y los derechos de las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero se han vuelto más visibles en los últimos años. El Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva incluye la cuestión de la no discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género.

75. Sin embargo, las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero se enfrentan a importantes obstáculos al pleno disfrute de su derecho a la salud física y mental. Esos obstáculos guardan relación con actitudes discriminatorias profundamente arraigadas en la sociedad, que generan estigmatización, violencia y maltrato, incluso en el sistema de salud.

76. El Relator Especial recibió testimonios y pruebas que dan cuenta de que las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero sufren formas extremas de violencia por su orientación sexual y su identidad y expresión de género. Prueba de ello es la muerte

²³ Véase www.unicef.org/paraguay/spanish/children_16444.htm.

violenta de al menos 34 personas transgénero entre 1989 y 2013²⁴. Durante su visita, el senado celebró un debate sobre la situación de las personas transgénero y el Relator Especial se reunió con varios funcionarios de alto nivel que eran conscientes de la especificidad y los problemas de ese grupo.

77. La situación de las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero que no viven en las principales zonas urbanas, algunas de las cuales se reunieron con el Relator Especial, es motivo de especial preocupación, porque están alejadas de las principales redes de apoyo, viven y trabajan en entornos muy difíciles y son objeto de la violencia por parte de la comunidad.

78. Las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero son objeto de discriminación y rechazo por parte del personal de atención de la salud y carecen de servicios integrales de salud adaptados a sus necesidades, particularmente en lo que respecta al acceso al tratamiento y los servicios de VIH/SIDA. Además, la confidencialidad no siempre está garantizada en la prestación de los servicios de salud.

79. La información reunida durante su visita permitió al Relator Especial llegar a la conclusión de que muchas personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero no utilizan los servicios de salud por temor a ser estigmatizadas y rechazadas, lo que puede generar muchos problemas de salud con consecuencias negativas para la salud de las personas en cuestión y la de la sociedad en general.

D. Personas que viven con el VIH/SIDA

80. En el Paraguay hay unas 17.000 personas que viven con el VIH/SIDA²⁵, cifra que representa aproximadamente 0,25% de la población. En promedio hay tres nuevos casos de infección por día. La mayoría de los casos se concentran en Asunción y el departamento Central, y los grupos más afectados son los de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, y los trabajadores sexuales.

81. El Gobierno ha adoptado medidas eficaces para reducir la propagación del VIH/SIDA aplicando una estrategia empírica que incluye el acceso a las pruebas gratuitas, la distribución de preservativos y la administración gratuita de tratamiento antirretroviral. Sin embargo, en los últimos años el Paraguay ha experimentado un aumento de las infecciones del VIH por vía sexual, que afectan cada vez más a los jóvenes y los adolescentes, principalmente mujeres y niñas.

82. La Constitución consagra el derecho a la salud y a la atención pública de la salud (art. 68). Adicionalmente establece el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación para todas las personas (arts. 46, 47 y 48). El marco normativo e institucional incluye la Ley núm. 3940, que establece derechos, obligaciones y medidas preventivas con relación a los efectos producidos por el VIH/SIDA y el Programa Nacional de Control del VIH/SIDA. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la autoridad encargada de la aplicación de esos instrumentos.

83. El artículo 8, apartados 1) y 2), de la Ley núm. 3940 promueven la abstinencia sexual y la fidelidad mutua como algunas de las bases para prevenir el VIH/SIDA, lo que implica un enfoque sumamente moralista de la normativa que no se ajusta a las normas de derechos humanos ni tiene base empírica.

84. El verdadero desafío reside en la aplicación del marco normativo. A nivel institucional, el reparto de responsabilidades entre el Ministerio de Salud Pública y

²⁴ Véase www.panambi.org.py/publicaciones/16.

²⁵ Véase www.unaids.org/en/regionscountries/countries/paraguay/.

Bienestar Social y el Programa Nacional de Control del VIH/SIDA no siempre es claro, lo que menoscaba la aplicación de los programas y políticas. Las responsabilidades también están centralizadas de manera ineficaz, lo que afecta la capacidad local para prevenir y tratar los casos de VIH en las zonas rurales²⁶.

85. En el Paraguay, las personas que viven con el VIH/SIDA sufren diversas formas de discriminación pública y privada, en particular limitaciones arbitrarias en el acceso a los servicios de salud²⁷. Esa situación se ve agravada por el hecho de que no hay programas ni protocolos específicos aplicables a sectores clave de la población, como los niños, niñas y los adolescentes, las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero, los pueblos indígenas, las personas privadas de libertad o las personas con discapacidad.

86. Las personas que viven con el VIH/SIDA también están expuestas a la discriminación en los establecimientos educativos y el lugar de trabajo, pero escasean la información, el diálogo y la concienciación sobre ese fenómeno, como pudo confirmar el Relator Especial durante sus reuniones con las autoridades competentes.

87. La prueba obligatoria del VIH no está autorizada en el lugar de trabajo, pero el Relator Especial recibió información fidedigna que da cuenta de que, pese a ello, es una práctica común. Además, en el sector de la salud hay prácticas consagradas que responden a restricciones financieras, como los servicios de transporte compartido para que los usuarios de las zonas remotas puedan acceder al tratamiento, que violan el derecho a la privacidad y deben revisarse sin demora.

88. El Centro Nacional de Control de Adicciones no puede hacer frente a la demanda existente. Debería ampliarse y adaptar sus programas a las necesidades de las personas que se encuentran en las situaciones de más vulnerabilidad, en particular las de menos recursos, así como los niños, niñas y los adolescentes.

E. Derecho a la salud mental: prioridades y camino a seguir

89. Los datos correspondientes a 2011 ponen de manifiesto la siguiente distribución de la discapacidad entre la población en general: de movilidad 26%; mental 25%; del habla 11% y auditiva 6%. Los tipos más frecuentes de discapacidad entre los niños y niñas menores de 9 años son algunas formas de parálisis y el síndrome de Down, mientras que, según la información recibida, la mayoría de los niños, niñas y adolescentes de 10 a 19 años con discapacidad tienen discapacidad intelectual, algún tipo de parálisis o síndrome de Down. Las causas más frecuentes de discapacidad en ese grupo de edad son las complicaciones al nacer (64%), los accidentes (7%) y las enfermedades (20%)²⁸.

90. Desde hace varios años, más del 40% de las personas que acudieron a consultas referentes a la salud mental eran adolescentes o jóvenes. Los trastornos más frecuentes registrados eran el abuso de sustancias, la depresión, los intentos de suicidio, la ansiedad y los trastornos de conducta, del desarrollo y de la personalidad²⁹.

91. El Paraguay ratificó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2008 y desde entonces ha hecho importantes esfuerzos para armonizar y reforzar su normativa, sus políticas y su marco institucional. Por ejemplo, aprobó la Ley de Educación Inclusiva (núm. 5136/13) y la Ley de Accesibilidad al Medio Físico para las

²⁶ OPS, *Evaluación para el fortalecimiento de la respuesta del sistema de salud al VIH en Paraguay* Asunción, 2009, págs. 16 a 18.

²⁷ Fundación Vencer, *Perspectiva comunitaria sobre estigma y discriminación en personas que viven con VIH y sida en Paraguay*, Asunción, 2010.

²⁸ UNICEF, "Situación del derecho a la salud", pág. 69.

²⁹ *Ibid.*, pág. 54

Personas con Discapacidad (núm. 4934/12). Es menester proseguir esos esfuerzos para armonizar el marco legal e institucional y las políticas vigentes con la Convención.

92. El Plan de Acción Nacional por los Derechos de las Personas con Discapacidad se adoptó poco después de la visita del Relator Especial. Podría considerarse una buena práctica, ya que se elaboró de manera participativa, haciendo intervenir a las instituciones pertinentes y las organizaciones de la sociedad civil³⁰.

93. Sin embargo, durante su visita el Relator Especial constató que, como los profesionales de la salud y otros interesados no conocen algunas de las recomendaciones formuladas por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las recomendaciones no se aplican debidamente.

Política de salud mental

94. El Paraguay tiene una historia de servicios de salud mental íntimamente relacionados y limitados a la asistencia a los usuarios de esos servicios, en particular las personas con discapacidad, mediante la internación en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, único hospital psiquiátrico público del país.

95. El Paraguay no tiene una legislación específica que proteja y promueva los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental y las personas con problemas de salud mental o discapacidad mental por lo que se refiere a su admisión en establecimientos psiquiátricos. Ni la Constitución ni las leyes relativas a la discapacidad ni los instrumentos reglamentarios nacionales incluyen las debidas garantías procesales para la admisión en establecimientos psiquiátricos o disposiciones para la revisión periódica del internamiento involuntario. El artículo 267 del Código Civil trata de la admisión en esos establecimientos y los tratamientos que proporcionan, refiriéndose a la admisión de individuos “sujetos a curatela” en “establecimientos apropiados”, y “por resolución judicial”, cuando deba garantizarse la “seguridad” de esas personas, “la de terceros” o “su restablecimiento”.

96. Desde el decenio de 1970 se han puesto en práctica importantes iniciativas para tratar de evitar el internamiento de larga duración y favorecer los servicios comunitarios para los usuarios de los servicios de salud mental y las personas con problemas de salud mental, en particular con discapacidad de desarrollo o psicosocial. Sin embargo, las buenas iniciativas han sido fragmentarias y han carecido de sostenibilidad y de suficiente respaldo en recursos humanos y financieros.

97. El problema del internamiento llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que en 2003 y 2008 otorgó medidas cautelares a favor de los pacientes del Hospital Psiquiátrico. Se solicitó al Paraguay que protegiera la vida y la integridad física, mental y moral de los 458 pacientes, prestando especial atención a la situación de las mujeres y los niños. En respuesta, el Paraguay puso en marcha una profunda reestructuración de sus servicios de salud mental con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y la OPS, que incluyó la elaboración de un proyecto de ley de salud mental que aún se está tramitando. En julio de 2010, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos levantó sus dos medidas cautelares.

98. La primera Política Nacional de Salud Mental se aprobó en 2002 y la política vigente abarca el período 2001-2020. Su objetivo global es establecer una estrategia integral y comunitaria que tenga en cuenta a cada individuo y promueva la salud mental mediante actividades de prevención, recuperación, educación, rehabilitación y promoción de la participación comunitaria, evitando a la vez la estigmatización, el confinamiento y el desarraigo.

³⁰ Véase www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16819&LangID=S.

99. En 2008 se puso en marcha el Plan de Hogares Sustitutos como estructura de transición para facilitar los servicios de apoyo a una vida independiente en la comunidad. Fue una iniciativa positiva, pero no se ha ampliado, lo que generó violaciones sistémicas de los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental, como el derecho a vivir en la comunidad.

100. Durante su visita al Hospital Psiquiátrico y en diferentes reuniones sobre salud mental, el Relator Especial observó que el sistema de atención de la salud mental sigue dependiendo en gran medida del modelo obsoleto basado en el internamiento de larga duración y el recurso excesivo a las intervenciones biomédicas, como la medicación psicotrópica o la terapia electroconvulsiva. El hospital está poco integrado en la comunidad y en el sistema general de atención de la salud.

101. Todo ello pone de manifiesto la falta de voluntad política para trasladar a la comunidad la forma de encarar los servicios de salud mental y la inversión pública, basándose en unos servicios de calidad y el empoderamiento de los usuarios, así como en los derechos humanos y los principios modernos de la política de salud mental. Un ejemplo es el plan para construir un nuevo edificio en el recinto del Hospital Psiquiátrico, con un presupuesto de 2.500 millones de guaraníes. Esa inversión reforzaría el modelo obsoleto de los establecimientos psiquiátricos especializados para la atención de larga duración y agregaría nuevos obstáculos a una reforma eficaz del sistema de salud mental. El Relator Especial instó a las autoridades a revisar esa decisión y aprovechar la oportunidad para invertir los recursos existentes y previstos para ampliar y reforzar los servicios orientados a la comunidad aplicando una estrategia basada en los derechos humanos.

Camino a seguir

102. En el Paraguay podría tener éxito una reforma amplia del sistema de atención de la salud mental, basada en los principios de la no discriminación y el respeto de la dignidad y los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental. Resulta sumamente importante adoptar decisiones en dos ámbitos.

103. En primer lugar, se podría considerar que un proyecto de ley de salud mental sería una medida apropiada, pero con la condición de que esa ley se ajustara a las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ello significa también que la nueva ley no debería enumerar muchas excepciones para justificar las restricciones de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, en particular los que tienen discapacidad psicosocial. Debería incluir medidas que permitieran empoderar a todas las partes interesadas en los servicios de salud mental, como los usuarios de los servicios o sus familiares, así como los proveedores de los servicios, los profesionales de la salud, los administradores y los que adoptan las decisiones. Ello permitiría aplicar efectivamente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y, por consiguiente, erradicaría el legado de violaciones sistémicas de los derechos humanos en la psiquiatría.

104. En segundo lugar, la inversión pública no debería destinarse al apoyo a los hospitales u otros establecimientos psiquiátricos de atención de larga duración, que deberían clausurarse gradualmente, sino a los servicios comunitarios de salud mental. Estos servicios deberían integrarse en los servicios generales de atención de la salud, en los hogares sustitutos comunitarios y en la educación inclusiva de los niños y niñas con discapacidad de desarrollo o psicosocial.

105. El Paraguay está en buenas condiciones para orientarse en esa dirección, especialmente porque no tiene un índice elevado de personas internadas en establecimientos de tipo residencial u hospitales psiquiátricos en comparación con muchos otros países. Sin embargo, hay partes interesadas clave, como las autoridades de las asociaciones

profesionales, que no parecen estar dispuestas a considerar seriamente la posibilidad de un cambio real en la prestación de servicios de salud mental. Es por ello que, para tener éxito, la transición debería realizarse por etapas. Sin embargo, para lograrlo se necesitan una determinación y una voluntad políticas verdaderas a fin de alentar, orientar y comprometer a todas las partes interesadas en un debate público significativo sobre la forma de garantizar la plena efectividad del derecho a la salud mental.

F. Sistema nacional de atención de la salud

106. El marco normativo que establece el sistema nacional de salud se desprende de la Constitución, que consagra el derecho a la salud y los derechos conexos en sus artículos 6, 7, 68, 69 y 70. El Ministerio de Salud Pública se creó en 1936 y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en 2001, ambos mediante decreto-ley. El Ministerio se encarga de organizar el sistema y los servicios de salud en el país, así como de promover la salud de la población.

107. El Código Sanitario se promulgó en 1980 mediante la Ley núm. 836/80 y contiene disposiciones sobre la salud mental (arts. 43 a 48) y la salud deportiva (arts. 49 a 54), y promueve la participación comunitaria en la conservación y el mejoramiento de los servicios de salud (arts. 236 a 238). Sin embargo, el Código contiene un capítulo sobre el control de la salud de las personas que impone el examen médico obligatorio previo al matrimonio con la finalidad de verificar que ninguno de los contrayentes padece de una enfermedad que pueda poner en peligro la salud del otro (art. 61), y el requisito de obtener un certificado médico prenupcial, sin el cual el matrimonio no podrá celebrarse (art. 63). Estas disposiciones podrían tener consecuencias discriminatorias y violar el derecho a la privacidad y la vida familiar.

108. Durante su visita, el Relator Especial se enteró de que el Código Sanitario se está revisando con la asistencia técnica de la OPS. Celebró ese hecho y expresó la esperanza de que el Código se actualizara y modificara para abordar todas las cuestiones pertinentes desde una perspectiva de derechos humanos.

Prioridades para el fortalecimiento del sistema de atención de la salud

109. El sistema nacional de salud se creó en 1996 mediante la Ley núm. 1032/96, que establece su propósito y organización, y en particular la función de coordinación del Consejo Nacional de Salud. El Consejo es un organismo de coordinación interinstitucional del sector público y privado, con consejos regionales y locales, que se reúne periódicamente e incluye a representantes de la sociedad civil. En junio de 2012 había 224 consejos de salud, a saber, 211 consejos locales y 13 consejos regionales, presentes en el 87% de los distritos del país³¹.

110. Sin embargo, el Consejo Nacional de Salud no ha sido eficaz. Solo se lo convocó una vez, en octubre de 2014, e históricamente no ha cumplido su función de coordinación y evaluación de las políticas públicas. Durante su visita, el Relator Especial se reunió con el personal del consejo local de salud en Coronel Oviedo y consideró desalentador enterarse de que ese personal cumple su mandato simplemente velando por la disponibilidad de suministros para el hospital local. También consideró desalentadoras la manifiesta carencia de recursos y la falta de visibilidad del consejo en la comunidad.

111. Los consejos de salud, tanto a nivel nacional como municipal, deberían adoptar estrategias modernas de salud pública basadas en los derechos humanos, que incluyeran actividades de promoción y prevención en materia de salud en el ámbito comunitario. Para

³¹ UNICEF, "Situación del derecho a la salud", pág. 85.

lograrlo, los consejos de salud deberían hacer participar activamente a todas las partes interesadas.

Estructura y financiación del sector nacional de atención de la salud

112. En el Paraguay, el sistema nacional de salud se compone actualmente de una combinación de subsistemas públicos, privados y mixtos que están fragmentados y carecen de mecanismos de coordinación e integración. La estructura básica comprende un sistema central de salud pública que incluye el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y los sistemas de salud militares y policiales. También existe un sistema descentralizado de salud pública que incluye el Instituto de Previsión Social, que atiende a los beneficiarios de los planes de seguros de base salarial, la Universidad Nacional de Asunción y su Hospital de Clínicas, y el Centro Materno Infantil. El sector privado incluye las ONG y las cooperativas, así como el sector de servicios médicos lucrativos prepagos, y el componente mixto está representado por la Cruz Roja Paraguaya.

113. Esa constelación de subsistemas diferentes facilita la persistencia de importantes e ineficientes asimetrías en la asignación de los recursos y la cobertura³². Por ejemplo, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene que atender a casi el 80% de la población con un presupuesto de aproximadamente 2,3% del producto interno bruto, mientras que el Instituto de Previsión Social cubre a un 18% de la población con un presupuesto de alrededor del 1,3% del producto interno bruto³³. Tanto el Ministerio de Salud Pública como el Instituto de Previsión Social cubren a un 95% de la población, mientras que el sector privado suministra servicios a un 7,5% de la población³⁴.

114. Según se informa, la falta endémica de coordinación entre los diferentes componentes del sistema nacional de salud y el alto grado de concentración de los servicios en la capital y el departamento Central³⁵ influyen directamente en la calidad de los servicios suministrados, la multiplicación de los costos y la dilación en el diagnóstico y el tratamiento.

115. Iniciativas tales como la red integrada de servicios de salud son esfuerzos encomiables para hacer frente a la excesiva fragmentación y la falta de coordinación. Sin embargo, es preciso hacer más esfuerzos, lo que requiere la voluntad política de las más altas instancias gubernamentales.

116. En el Paraguay, la inversión pública en el sistema nacional de salud está entre las más bajas de América. Según datos de 2001, el gasto total de salud fue del 8,1% del producto interno bruto, pero el gasto público general de salud fue de solo el 11,2% del gasto público total³⁶. El presupuesto asignado al sector de la salud se aumentó gradualmente entre 2007 y 2011 en el marco de las políticas orientadas a los derechos humanos, pero desde 2012 el aumento se ha desacelerado. Un problema recurrente que afecta al sistema nacional de salud es el bajo nivel de ejecución presupuestaria, es decir, el gasto real del presupuesto asignado, que en los últimos años ha disminuido. Esto podría implicar una falta de capacidad para administrar las asignaciones existentes y podría haber afectado de manera importante a los pagos directos de las familias.

³² Véase www.cird.org.py/salud/docs/Paraguay_Health_Service_Delivery.pdf.

³³ Coordinadora por los Derechos Humanos del Paraguay, *Derechos Humanos en Paraguay 2014*, Asunción, 2014, págs. 202 a 217.

³⁴ Véase Red de Derechos Humanos del Poder Ejecutivo, "Indicadores de derechos humanos", págs. 84 y 154.

³⁵ María Cristina Guillén, "Paraguay: sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integridad y equidad", Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011, pág. 27.

³⁶ Véase www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf?ua=1

117. Las principales fuentes de financiación del sistema de salud son el presupuesto del Estado, la seguridad social, los pagos directos a los planes de seguro privados, los aportes del empleador y la empresa al Instituto de Previsión Social, y las fuentes externas, que incluyen la cooperación internacional por conducto de las fuentes multilaterales o bilaterales. Los pagos directos son muy elevados, representaban casi el 90% del gasto privado total de salud en 2011 y han aumentado en el último decenio, afectando particularmente a los quintiles más pobres de la población³⁷. Es un motivo de preocupación, porque la capacidad de pago nunca debería afectar la decisión de una persona respecto al acceso a los bienes y servicios necesarios en materia de salud.

118. Un elemento fundamental que debe considerarse es el hecho de que el Paraguay carece de un sistema impositivo nacional basado en los ingresos, y la mayoría de los impuestos se tributan indirectamente, lo que por definición es un sistema injusto que no protege a los que tienen menos recursos o están en situaciones de pobreza.

Atención primaria y cobertura universal de salud

119. En 2008 se instituyeron la descentralización y una política de atención integral y universal de la salud con carácter de estrategias primordiales del Plan Nacional de Salud, que también incluían a los recursos humanos para la salud como uno de los pilares centrales del sistema de salud.

120. El desarrollo de unidades de salud familiar desde 2009 es un buen ejemplo de los esfuerzos destinados a garantizar la cobertura universal de salud por conducto del sistema de atención primaria. Forma parte de la estrategia nacional para promover la calidad de vida y la salud con equidad y para combatir la pobreza. Las unidades de salud familiar tienen por finalidad ser las guardianas del sistema nacional de salud y sus principales objetivos son detectar las enfermedades y evitarlas a tiempo, resolver los problemas de salud en los lugares donde vive la gente y promover la salud y una cultura de prevención sanitaria en la comunidad.

121. Actualmente funcionan unas 790 unidades de salud de la familia, cada una de las cuales suministra servicios a 3.500 a 5.000 personas. Se estima que, para que el sistema de atención primaria de la salud tenga un mínimo de cobertura en el plano nacional y llegue a los 3,9 millones de personas que actualmente no tienen cobertura, sería necesario crear unas 1.300 unidades de salud familiar³⁸.

122. Tras la etapa inicial prometedora de creación de unidades, el Relator Especial observó que la red requiere más recursos y más personal, y que en los dos últimos años se han creado muy pocas unidades nuevas. Además, ha habido importantes lagunas en la atención de las necesidades en materia de salud de sectores clave de la población como las mujeres y los niños, las comunidades indígenas o las personas con discapacidad.

123. La descentralización efectiva de las competencias en materia de salud aplicando una estrategia basada en los derechos humanos es fundamental para reducir las desigualdades y contribuir a la cohesión social. También es una medida esencial para lograr gradualmente la cobertura universal de salud como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por consiguiente, es sumamente importante aprovechar el impulso actual para aumentar la expansión y la calidad de la red de unidades de salud familiar incrementando el número de unidades y el número de personal de salud disponible, en particular de promotores de la salud, mejorando las infraestructuras y atendiendo las necesidades de los grupos y sectores clave de la población.

³⁷ Véase www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_Part3.pdf?ua=1.

³⁸ Véase www.mspbs.gov.py/planificacion/informe-de-monitorero-2012/.

Recursos humanos para la salud y participación

124. La Política Nacional de Salud 2015-2030 incluye a los recursos humanos para la salud como uno de los pilares centrales del sistema de salud. Sin embargo, el Paraguay ha sufrido tradicionalmente de un escaso desarrollo de los recursos humanos en el sector de la atención de la salud, que se traduce en la insuficiente disponibilidad y composición de la fuerza laboral sanitaria, particularmente la que se requiere para los servicios esenciales. Por ejemplo, existe una falta endémica de profesionales de la salud dedicados a atender las necesidades de los adolescentes, y el tema no está presente en el currículum de los pediatras. Además, el sistema de salud no está bien equipado para prestar servicios a los adolescentes o responder a sus necesidades.

125. Si bien, según la información de que se dispone, hay 22,5 trabajadores sanitarios por cada 10.000 habitantes a nivel nacional, la inequitativa distribución geográfica de esos trabajadores, unida a la escasa infraestructura y los limitados incentivos para trabajar en las zonas rurales, ha dado lugar a que el 70% de los trabajadores sanitarios estén concentrados en la zona de Asunción, donde vive el 30% de la población³⁹.

126. La participación activa de todas las partes interesadas clave en el funcionamiento del sistema de salud, en particular los usuarios de los servicios y el personal de atención de la salud, es fundamental para garantizar la confianza, la transparencia y la rendición de cuentas. Actualmente, las partes interesadas clave, en particular las asociaciones médicas, las ONG que representan a la sociedad civil, los usuarios de los servicios de salud y sus familiares no consideran que estén participando en el proceso de toma de decisiones en el marco de la política de salud.

127. Para subsanar esa situación, debería promoverse la autorregulación de las agrupaciones profesionales de la salud y se debería reforzar la función de los consejos de salud en todos los niveles. Es preciso reforzar la calidad de la educación médica y la educación de las profesiones conexas, para que, más allá de las aptitudes clínicas, se promuevan otros conocimientos y competencias, especialmente en materia de derechos humanos, ética, gestión de la salud y comunicación.

IV. Conclusiones y recomendaciones

128. **El Relator Especial señala los progresos realizados en el Paraguay en el ámbito del derecho a la salud. En particular, señala los importantes avances realizados en los indicadores de salud y la ampliación de la atención primaria. Encomia los esfuerzos que se han hecho para lograr la armonización del marco normativo y la determinación a adaptarlo al sistema y el marco internacional de derechos humanos.**

129. **Sin embargo, durante su visita el Relator Especial observó graves problemas en el disfrute del derecho a la salud relacionados con la aplicación de la normativa y las políticas vigentes, así como la prevalencia de desigualdades, discriminación y violencia contra sectores clave de la población, particularmente las mujeres y las niñas, los niños y los adolescentes, las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero, las personas con discapacidad y las personas que viven con el VIH/SIDA.**

130. **El Relator Especial quisiera reiterar que el derecho a la salud debe promoverse y protegerse no solo mediante el acceso a los servicios, suministros y medios e instalaciones de atención de la salud, que deben estar disponibles y ser asequibles, apropiados y de buena calidad. El derecho a la salud también se hace efectivo elaborando y aplicando programas intersectoriales que aborden los factores**

³⁹ Véase www.who.int/workforcealliance/countries/pry/en/.

socioeconómicos, culturales y ambientales. Esos programas y políticas deben regirse por un enfoque basado en los derechos humanos que haga gran hincapié en los principios de igualdad y no discriminación, participación y empoderamiento, y rendición de cuentas.

131. El Relator Especial recomienda que el Estado:

a) Ratifique el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones, de conformidad con las recomendaciones formuladas durante el examen periódico universal en 2016 (véase A/HRC/WG.6/24/L.5);

b) Apruebe el proyecto de ley de protección integral de las mujeres contra todas las formas de violencia y promulgue, sin más demora, una ley contra todas las formas de discriminación;

c) Prosiga e incremente la cooperación con el ACNUDH y el resto del sistema de las Naciones Unidas para que la normativa y las políticas se rijan por un enfoque basado en los derechos humanos, en particular en lo que respecta al disfrute del derecho a la salud;

d) Efectúe un seguimiento efectivo de la aplicación del Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos y de la labor realizada en materia de indicadores de derechos humanos, particularmente del derecho a la salud, que anteriormente se llevó a cabo con la asistencia técnica del ACNUDH;

e) Haga frente a la mortalidad y morbilidad neonatales, en particular utilizando las Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños y niñas menores de 5 años (A/HRC/27/31), preparadas por el ACNUDH en colaboración con la OMS;

f) Haga frente a las elevadas tasas de embarazo precoz, en particular entre las niñas muy jóvenes, introduciendo cambios en la legislación, las políticas y las prácticas basados en la experiencia científica y un enfoque basado en los derechos humanos;

g) Cree un entorno propicio para que toda mujer y niña tenga acceso a un aborto en condiciones seguras y a la atención posterior al aborto, en particular despenalizando el aborto y garantizando el acceso a los servicios, al menos cuando el embarazo resulte de una violación o del incesto, en los casos de malformaciones fetales o cuando la vida o la salud de la madre esté en peligro, así como proporcionando la información y capacitación necesarias a los profesionales de la salud competentes y a los grupos clave de mujeres y niñas en situación de riesgo, y haciendo frente a la estigmatización resultante del recurso a los servicios de aborto o del tratamiento de las complicaciones posteriores al aborto⁴⁰;

h) Se asegure de que se eliminen los obstáculos a los derechos de salud sexuales y reproductivos de las niñas y las mujeres, en particular suministrando información, servicios y bienes en materia de salud sexual y reproductiva, especialmente una educación sexual integral, inclusiva y adaptada a la edad en las escuelas;

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud, “Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”, Ginebra, 2012.

- i) Vele por que todos los actos de discriminación, acoso y violencia contra individuos, representantes de la sociedad civil y abogados que se ocupan de las cuestiones relacionadas con los derechos de la mujer y el género se aborden debidamente apoyando públicamente su labor y garantizando el acceso de las víctimas a la justicia, la protección y la reparación;
- j) Proteja a los niños y niñas contra todas las formas de violencia, en particular la violencia en la familia y el acoso en la escuela; se asegure de que las medidas alternativas a la privación de libertad se apliquen ampliamente a los niños en conflicto con la ley, y encuentre alternativas adecuadas a la privación de libertad, teniendo siempre presente el interés superior del niño;
- k) Promueva el bienestar y la autonomía de los niños y niñas proporcionándoles entornos y servicios favorables, particularmente en los sectores de la salud y la educación, y asegurándose de su activa participación en toda decisión que los afecte, especialmente en las esferas de los derechos sexuales y reproductivos y el consumo de drogas y otras sustancias nocivas;
- l) Prohíba toda violencia y discriminación por la orientación sexual o la identidad de género y su manifestación en todos los ámbitos, en particular en la salud, la educación, el empleo y el acceso a los servicios públicos; y enjuicie a los autores de actos de violencia contra personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero, proteja a las víctimas y garantice el acceso a la justicia y a la reparación;
- m) Elimine toda disposición discriminatoria contra las personas que viven con el VIH/SIDA en la legislación y las políticas, como las que figuran en la Ley núm. 3940, y garantice que haya servicios de salud disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad, en particular eliminando las prácticas que puedan vulnerar el derecho a la privacidad;
- n) Aborde las nuevas tendencias en la epidemia de VIH/SIDA con políticas adecuadas y campañas de educación e información de amplio alcance, particularmente entre los adolescentes y los jóvenes;
- o) Ponga en marcha una reforma integral gradual del sistema de atención de la salud mental, basada en los principios de no discriminación, participación y respeto por la dignidad y los derechos de los usuarios de los servicios de salud mental;
- p) Elabore un sistema de servicios comunitarios adaptados a los usuarios y destinados a los niños, niñas y adultos con discapacidad de desarrollo o psicosocial, y vele por que sus derechos se respeten, promuevan y protejan;
- q) Clausure gradualmente el Hospital Psiquiátrico de Asunción y proceda a la integración efectiva de los servicios de salud mental en el sistema general de atención de la salud y la vida comunitaria;
- r) Continúe la revisión y reforma del Código Sanitario cooperando estrechamente con la OPS y el ACNUDH, y elimine el examen médico obligatorio como requisito para contraer matrimonio;
- s) Refuerce el sistema de atención de la salud y garantice una financiación adecuada, equitativa y sostenible de la salud aumentando las asignaciones presupuestarias nacionales destinadas a la salud, y se asegure de que el sistema de salud se financie progresivamente con contribuciones universales, basadas en la capacidad de pago de las personas y las familias, previendo exenciones para las personas en situación de pobreza; y

t) **Haga frente a la excesiva fragmentación del sistema de atención de la salud con miras a integrar los elementos existentes y descentralizar las competencias de manera eficaz respetando un enfoque basado en los derechos humanos; y, en el mismo orden de ideas, refuerce los consejos de salud en todos los niveles y amplíe las unidades de salud familiar, garantizando la calidad de los servicios prestados.**
