

Aportes para avanzar hacia la Salud Universal

para todos y todas, en todas partes

Estimulando el diálogo sobre el significado de la
Declaración de Alma-Ata y su expresión en el siglo XXI

Paraguay 2018

EN EL MARCO DE LAS CELEBRACIONES REALIZADAS
POR DEL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD



Salud universal
Acceso y cobertura para todos



TESÁIHA TEKÓ
PORÁVE
MOYENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperá ko'ága guive
construyendo el futuro hoy



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Prólogo

El Día Mundial de la Salud se conmemora cada 7 de abril, desde 1948. Se estableció esta fecha para celebrar la constitución de la OMS y estimular a los gobiernos, al sector privado y a la sociedad civil a invertir en salud, desarrollo humano y social.

En este contexto de celebración, la estrategia de Salud Universal de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud enfatiza la necesidad de abordar las barreras de acceso, incluyendo los determinantes sociales de la salud y la garantía de la cobertura de servicios de salud capaz de responder a las complejas necesidades de la población.

Bajo esta perspectiva la OPS/OMS impulsa la celebración, con el lema: **“Salud Universal para todos y todas, en todas partes”**, estimulando el diálogo sobre el significado de la Declaración de Alma-Ata y su expresión en el siglo XXI.

Paraguay muestra avances en el compromiso asumido, de avanzar hacia la Salud Universal. La experiencia ha demostrado que el proceso puede acelerarse cuando existe un fuerte involucramiento social.

En este marco se realizó un llamado a los líderes del MSPYBS, la sociedad civil y público en general para lograr un sólido compromiso con las acciones que nos permitan avanzar hacia la salud para todos y todas en ámbitos específicos.

El propósito fue el de abrir un espacio de diálogo que genere propuestas concretas para sentar las bases de un sistema de Salud Universal.

Índice de contenidos

5

Contexto

7

Apertura

- Palabras del Representante de la OPS/OMS.
- Palabras del Ministro de Salud.
- Exposición de consultores: *Salud universal como concepto y práctica; y Acceso y cobertura universal en salud, aplicados a enfermedades no transmisibles y factores de riesgo.*

23

Aportes de las Mesas de Trabajo

Mesa 1: Organización de la salud.

Mesa 2: Financiamiento de la salud.

Mesa 3: Formación de recursos humanos para la salud.

Mesa 4: Factores de riesgo y enfermedades no transmisibles.

Mesa 5: Estrategia de Gestión Integrada (EGI) para arbovirosis.

Mesa 6: Determinantes sociales y ambientales de la salud.

Material elaborado por: OPS/OMS

Responsable de la transcripción:

GISELLA LEFEBVRE, consultora externa

Asunción, abril de 2018



Aportes para avanzar hacia la Salud Universal para todos y todas, en todas partes

Estimulando el diálogo sobre el significado de la Declaración de Alma-Ata y su expresión en el siglo XXI

Contexto

El taller se realizó el día 6 de abril de 2018, en las instalaciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Asunción). Contó con la participación de representantes del sector salud, tanto público como privado, y otros sectores vinculados a este.

Las palabras de apertura estuvieron a cargo de las siguientes personas, en orden de precedencia:

- Dr. Luis Roberto Escoto, representante de la OPS/OMS en el Paraguay.
- Dr. Carlos Morínigo, ministro de Salud Pública y Bienestar Social.

Seguidamente, se realizaron breves introducciones sobre los temas de *Salud universal como concepto y práctica* y *Acceso y cobertura universal en salud, aplicados a las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo*. Las exposiciones estuvieron a cargo de los doctores Pedro López y Patricia Erazo, ambos consultores internacionales de la OPS/OMS.

Con los insumos informativos recibidos de estas presentaciones se procedió al trabajo en mesas temáticas, a las cuales se les asignaron preguntas específicas para ser analizadas y, en torno a ellas, realizar propuestas para avanzar en acceso y cobertura para la salud en el ámbito de trabajo que le corresponde.

Las preguntas se elaboraron en torno a los siguientes temas:

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: ¿Qué cambios en la organización del sistema de salud deben darse para avanzar hacia el acceso y la cobertura universal en salud en el Paraguay? ¿Cómo propone acelerar estos cambios?.

FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD: ¿Qué problemas de financiamiento tiene hoy la prestación de servicios de salud en el país? ¿Cómo podemos desarrollar una estrategia para financiar mejor el sistema público de prestación? ¿Qué podemos hacer para avanzar en establecer los costos de los servicios de salud que prestamos?.

FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD: ¿Qué retos tenemos en el país con respecto a la formación de recursos humanos para la salud? ¿Qué podemos hacer para avanzar y lograr disponer de recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con la salud universal?.

FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES: ¿Cómo caracterizaría la situación de los factores de riesgo para la salud en el país? ¿Qué podemos hacer desde la perspectiva del acceso y la cobertura universal para avanzar en el manejo efectivo de los problemas de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles?.

ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA (EGI) PARA ARBOVIROSIS: ¿Qué papel ha jugado la EGI con respecto a la arbovirosis, en cuanto al manejo de problemas de salud complejos, como el brote epidémico de dengue en el país? ¿Qué más podemos hacer?.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: ¿Qué factores socioambientales afectan más a la salud de las personas en el Paraguay? ¿Qué podemos hacer, desde el sector salud, para intervenir estos determinantes de la salud?.

Las conclusiones fueron expuestas en plenaria, como parte del cierre del encuentro.

En la presente transcripción del material de audio, registrado durante las sesiones, se incluyen las reflexiones y recomendaciones vinculadas directamente a las preguntas y el aporte final expuesto en la plenaria. Asimismo, se incluye la nómina de los relatores y las instituciones participantes en cada mesa.



Apertura



Dr. Luis Roberto Escoto, Representante de la OPS/OMS en Paraguay

El Día Mundial de la Salud fue declarado en el año 1949, en el marco del primer año de creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta conmemoración brinda una oportunidad global para centrar la atención en importantes cuestiones de salud pública, que afectan a la comunidad internacional.

El 2018 es un año muy especial para la OMS, pues celebramos nuestro 70 aniversario y, además, 40 años de la firma de la Declaración Alma-ATA, realizada durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en 1978, en la Unión Soviética.

Desde entonces hasta la fecha, hemos obtenido importantes avances, tales como la eliminación de la poliomielitis y brindar servicios de salud a poblaciones que no tenían acceso. Sin embargo, los desafíos aún son enormes.

La salud universal es el tema central de este año. Lograr este desafío implica que todas las personas y comunidades tengan acceso a servicios de salud de calidad, sin discriminación alguna e independientemente de su situación financiera.

Parafraseando al Dr. José Narro Robles, político, académico e investigador mexicano, cabe destacar que “es imposible entender el verdadero desarrollo de las personas sin salud; la educación, el trabajo, la cultura, el entretenimiento, incluso la riqueza, pierden transcendencia cuando falta la salud... Ninguna sociedad, ningún país, puede presumir de niveles aceptables de desarrollo humano cuando sus indicadores de salud son inaceptables”.

La salud pública, en los tiempos actuales, tiene que ofrecer respuestas diferentes a las que tradicionalmente hemos ofrecido. Debemos dejar de interpretar a la población y a la naturaleza como objetos, y empezar a comprenderlas como sujetos proponiendo nuevas formas de diálogo.

Estoy convencido —decía el Dr. Haldan Maler, director de la OMS, cuando se aprobó la declaración de Alma-ATA— de que la salud es política y la política es salud, porque a todo ciudadano le interesa. También estoy convencido de que toda acción política por la salud (local y global) requiere de un estímulo global e intelectual permanente. Estoy convencido de que la visión de salud para todos y la estrategia de atención primaria de la salud proporcionan fuerzas iniciales significativas y han agregado ímpetu al desarrollo de la salud para todos.

El saber en salud pública debe evolucionar hacia un cambio multicultural, pues los temas de salud pública no son propiedad exclusiva de los sanitarios, ni de los trabajadores de blanco, ni de los del sector; es una responsabilidad de todos los sectores y todas las disciplinas. Y, en este sentido, en nuestro encuentro de la fecha, pretendemos recoger todas sus ideas, ordenarlas, sistematizarlas, compartirlas y publicarlas.

Entonces, ¿qué significa **salud universal para todos y en todas partes**, cuando al menos la mitad de la población mundial aún no tiene cobertura completa en los servicios de salud esenciales; cuando más de 100 millones de personas siguen siendo empujadas a la pobreza extrema porque tienen que pagar por la atención médica; cuando más de 800 millones de personas, casi el 12 % de la población mundial, gastaron al menos el 10 o 12 % de su presupuesto familiar para pagar la atención médica?

Salud universal realmente significa básicamente dos cosas:

En primer lugar, **eliminar las barreras** económicas, geográficas, institucionales (infraestructura, limitaciones de recursos humanos y sus propias capacidades), de la discriminación (tanto en los servicios de salud como de la población) y la inequidad social.

Un segundo aspecto es **abordar los determinantes sociales de la salud**, es decir, considerar las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales, donde nosotros nacemos, crecemos, jugamos, vivimos y trabajamos. Lograrlo requiere de un enfoque interdisciplinario, que considere la acción intergubernamental e intersectorialidad y que incluya una amplia participación social; demanda un proceso social y político incluyente y participativo, nos llama a un trabajo de todos y todas.

Un problema social y de salud pública que está creciendo aceleradamente en América Latina (AL) es el embarazo de niñas menores de 15 años. Si bien es cierto que existen pocos datos sobre embarazos de niñas menores de 15 años en AL, los datos oficiales reflejan que es la única región en el mundo donde se están incrementando.

En el informe titulado *Vidas robadas*, sobre los efectos en la salud de niñas con maternidad forzada, se muestran algunos de los siguientes datos:

País 1	País 2	País 3	País 4
Los casos de embarazo en niñas de 9 a 14 años aumentaron en un 74 % durante el último decenio, llegando a unos 4000 casos en un año (según los datos de su censo).	El número de embarazadas de 10 a 14 años aumentó en un 47 %, en un plazo de 9 años; pasando de 1066 casos en el año 2000, a 1577 en el año 2009.	El número identificado de partos de niñas de 10 a 14 años aumentó de 4220 en el año 2013, a 5100 en el año 2014.	Dieron a luz cada año unas 1100 niñas de 12 a 13 años.
<p>En la mayoría de los países, un porcentaje elevado de las niñas –entre el 63 y 71 %– que participaron en la investigación padecieron algún tipo de complicación durante el embarazo.</p> <p><i>7 de cada 10 padecieron: anemia, náuseas, vómitos, infecciones urinarias o vaginales y/o complicaciones más graves, como eclampsia, preeclampsia, ruptura de membrana, parto prematuro, hemorragias y, en muchos casos, la muerte.</i></p>			

En todos los países, una proporción significativa de las menores que habían dado a luz presentó algún problema de salud mental, como estrés, miedo, síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático. *En uno de los países, el 100 % de las niñas sufrieron alguno o varios de estos problemas; en los otros, 5 y 9 de cada 10, respectivamente. En dos países, más del 70 % de las participantes afirmaron haber contemplado la posibilidad del suicidio durante el embarazo.*

La mayoría de las participantes del estudio procedían de familias pobres o extremadamente pobres que, por lo general, vivían en las afueras de una ciudad o en zonas rurales o semirurales.

Las menores tenían un bajo nivel educativo; algunas de ellas ni siquiera asistieron a la escuela. Una gran proporción de las menores escolarizadas (7 a 9 de cada 10) no regresaron a la escuela después del parto.

En todos los países estudiados, mantener relaciones sexuales con una menor significaba/constituye un delito. Es así que los 5.000 casos de parto de niñas embarazadas, son 5.000 delitos, cuyos responsables –en su mayoría– están libres, sin ninguna responsabilidad. Lo más triste es que a menudo los agresores de estas menores son próximos a ellas (primo, hermanastro, padrastro, padre, vecino, padrino).

El estudio demostró que forzar la maternidad en niñas causa graves daños a su salud física, psíquica y emocional, así como a sus oportunidades de desarrollo.

El énfasis biomédico actual de los servicios de salud fracasa en la prestación de servicios adecuados; no abordan de manera integral los efectos y necesidades de las niñas con embarazos no deseados, violadas o sometidas a violencia sexual. Esto ocurre también con las mujeres en general.

Por ejemplo, la muerte posparto de una niña indígena de 13 años, del área rural, abusada sexualmente, nos demuestra varias deficiencias del sistema:

- a) *Que no tuvo acceso a un programa de educación sexual integral, que le permitiera reconocer que la violación que estaba pasando no era aceptable y que buscara ayuda de sus padres, maestros o amigos para no llegar al embarazo.*
- b) *Que una vez embarazada, si la maternidad fuera forzada, no existía un contexto o un marco legal que posibilitara decidir sobre su cuerpo, sobre su vida y sobre su desarrollo futuro. O, si continuaba con esa maternidad, tampoco tenía acceso a un programa de protección social que le permitiera soportar ese peso y le asegurara un desarrollo personal a futuro.*
- c) *Que tampoco tuvo acceso de cobertura de calidad de un sistema de salud que le garantizara su vida y la del producto de esa violación, que probablemente también murió después a consecuencia.*

No tengo la menor duda de que casos como el mencionado nos llevan a reflexionar acerca de la equidad en salud. La equidad en salud implica que los recursos que la sociedad como conjunto destina a la salud sean asignados según las necesidades de todas las personas, reconociendo la diversidad social y las demandas.

Debemos reconocer que en salud existe una gran inequidad, la cual retrasa el desarrollo económico y social de los países y es regresiva. Por ello debemos atenuarla para generar una sociedad más sana y con una mayor capacidad para desarrollarse.

A partir de esta reflexión, la pregunta lógica sería: ¿Qué podemos hacer para alcanzar una salud universal bajo los principios de la equidad? ¿Qué podemos hacer para no dejar a nadie atrás?

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone atender y responder con cuatro líneas estratégicas, que se consideran simultáneas e interdependientes: (i) hacer esfuerzos para ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y en las comunidades; (ii) fortalecer la rectoría y la gobernanza del Ministerio de Salud, para tener un sistema de prestación de servicios de calidad, ordenado, eficiente, sostenible e integrado; (iii) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y profundizar en la práctica del pago directo que se convierte en una barrera para el acceso a la prestación; y, (iv) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud: agua, ambiente, cambio climático, seguridad vial, aire, etc.

El brote epidémico del dengue, que estamos superando, ha sido un campo de prueba excelente sobre cómo abordar problemas de salud complejos con la participación de todos los sectores sociales.

Podemos avanzar mucho más en la mejora de la salud de la población si trabajamos de forma intersectorial, si trabajamos entre todos, para todos.

¡Muchas gracias!



**Dr. Carlos Morínigo,
Ministro de Salud Pública y
Bienestar Social**

En vísperas del Día Mundial de la Salud consideramos adecuado listar algunos logros relevantes de este Gobierno en materia de salud, pues se han desarrollado importantes esfuerzos para disminuir brechas en materia de cobertura sanitaria universal.

Al respecto, cabe destacar que se ha iniciado un proceso de cambio funcional y operativo para lograr el acceso y la cobertura universal de la salud en todo el territorio nacional.

Algunos resultados a la fecha son la reducción en un 10% de la mortalidad materna y del recién nacido. Esto se logró mediante la capacitación a más de 6000 funcionarios en reanimación neonatal y soporte vital avanzado en obstetricia, así como en indicadores de Código Rojo.

Hemos fortalecido la vigilancia de la morbimortalidad materna y neonatal mejorando sus registros y consiguiendo que nuestras estadísticas sean monitorizadas, aprobadas y avaladas por la OPS/OMS. Hemos mejorado la disponibilidad de insumos en salud sexual y reproductiva, incluyendo los medicamentos para la maternidad segura y salud neonatal, anticonceptivos y otros suministros esenciales.

En el año 2017, se ha protegido a 258 224 personas, alcanzando una cobertura del 47% por año, con un incremento del 14% de parejas protegidas con relación a años anteriores. Logramos mejorar la atención a adolescentes, con el fortalecimiento del servicio de atención amigable, distribuida en 21 hospitales; contamos con el servicio de consejería y oferta de planificación familiar con enfoque de derecho en diez regiones sanitarias. Es importante mencionar la estrategia de disminución de embarazos no intencionados en adolescentes a nivel del Cono Sur, como parte del plan de mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de la población.

En el 2016 se ha iniciado el plan piloto de implante subdérmico de anticonceptivos para las adolescentes, en el marco de la prevención del segundo embarazo, además de dar continuidad a la oferta de los demás métodos. Mediante este plan piloto fueron aplicados 836 dispositivos, con abandono del 0,3%, que corresponde a tres casos.

En cuanto a prevención de enfermedades por vacunas, nuestro país está a la vanguardia de la región mediante su esquema de vacunación, que se encuentra a nivel del Primer Mundo.

Entre los años 2013 y 2017 se generó la mayor inversión en materia de vacunas; actualmente, la población recibe gratuitamente todas las vacunas, con la seguridad de que se trata de biológicos de alta calidad. Esto impacta positivamente en la brecha que dividía a la población, entre los que tenían recursos para pagar mayor cantidad y mejor calidad.

Entre el 2013 y el 2017 fueron incluidas seis nuevas vacunas al esquema nacional de vacunación, entre ellas la vacuna de polioinactivada y la dosis contra la hepatitis B, administrada a los recién nacidos antes de que cumplan 24 horas de vida. También se cambió la vacuna contra el neumococo de 10, al neumococo de 13 valente para cubrir una mayor cantidad de tipos infecciosos.

Desde el 2011 al 2017, se observa un aumento de 700 000 nuevos beneficiarios de vacunas, de acuerdo con los registros del Programa Nacional de Inmunizaciones.

Posicionar al Paraguay en el área de vacunas e inmunización obligó a una mayor inversión; pero el dato más relevante es haber logrado una verdadera política de Estado en materia de vacunas, ya que se ha sostenido el esquema de vacunación (54% más de inversión en la compra de vacunas entre el 2011 y el 2017).

En este periodo de Gobierno, el Paraguay ha logrado la certificación internacional como país libre de la circulación del virus del sarampión y la rubeola (2014), alcanzando el cumplimiento de los indicadores de las enfermedades prevenibles por vacunas, luego de diez años sin haberlo conseguido.

Con respecto a la tuberculosis, en los últimos cuatro años se mantuvo una disminución de la prevalencia de 59 casos por 100.000 habitantes; el descenso de la incidencia es del 35,8%. Estamos fortaleciendo las estrategias de búsqueda e inclusión de nuevas pruebas diagnósticas a nivel país.

Los antirretrovirales para el tratamiento de VIH se encuentran disponibles de manera gratuita en las 18 regiones sanitarias, al alcance de todos los habitantes, sin distinción

alguna. Esta administración optó como esquema para el tratamiento, la combinación de la primera línea emtricitabina, tenofovir, efavirenz, en la presentación de un solo comprimido.

En el año 2017 se han detectado 1395 personas con VIH; de los nuevos diagnósticos, 2 de cada 100 personas infectadas tienen menos de 15 años; y 8 de cada 100, entre 15 y 19 años. El 69% de las personas infectadas pertenecen al sexo masculino y el 31% al femenino. Es importante mencionar que el 77% de las personas que han iniciado el tratamiento presentaron alta adherencia a este.

Actualmente se cuenta con 13 servicios en Asunción, Central, Alto Paraná e Itapúa, para la atención integral a personas que viven con VIH y para la realización de los estudios de carga viral plasmática.

Respecto a la prevención cardiovascular, diríamos que el impacto de la atención cardiovascular en la población se verifica con mayor cobertura de estudios no invasivos y medicamentos cardiológicos básicos a nivel nacional, con alto ahorro de bolsillo en estudios y medicamentos y una mayor accesibilidad de pacientes carenciados.

Hoy me toca decir que en convenio con el Instituto Nacional de Salud y la Universidad Nacional de Asunción, estamos trabajando en un proyecto para incluir, dentro del programa cardiovascular, la tecnología nuclear. Vamos a incluir esa tecnología de alta gama que va a evitar cateterismo y proveerá un diagnóstico exacto en la patología cardiovascular. Actualmente, son 403 200 personas con problemas cardiovasculares las que reciben atención periódica con provisión de medicamentos sostenidos; 121 200 personas más de las estimaciones de años anteriores.

Con relación a las enfermedades no transmisibles, estas son la causa principal de enfermedad y muerte prematura evitables desde hace ya varios años. Las cuatro primeras causas de muerte –como factores de riesgos de alta prevalencia– son: 75% por la inactividad física; 84% por poco consumo de frutas y verduras; 51% por consumo de alcohol; 14% por consumo de tabaco; 22% por obesidad y 35% por sobrepeso.

Con relación a la diabetes, se brinda atención integral a 274 000 diabéticos de manera periódica, con control metabólico y medicamento gratuitos; con un ahorro de bolsillo de 1120 millones de guaraníes por mes; este tratamiento es de por vida.

En cuanto a las atenciones nefrológicas, en el año 2012, el Sistema Público de Salud contaba con 80 máquinas de hemodiálisis; al 2018 contamos con 202 máquinas, es decir, 122 nuevas máquinas para la gente. Esto ha impactado en la cantidad de pacientes atendidos, de 646 en el 2013 a 1150 al cierre del 2017, lo que implicó un total de 165 600 sesiones de diálisis en el año. Contamos con 14 centros nefrológicos, 5 de ellos habilitados por el actual Gobierno en San Pedro, Caaguazú, Hernandarias, Paraguari y Misiones; está avanzando a pasos agigantados la construcción del nuevo Centro Nefrológico del Sur. Es igualmente importante destacar que realizamos una fuerte campaña con el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT), para la donación de órganos y trasplantes, en los distintos centros del sistema nacional de salud.

Luego de la peor epidemia de dengue en la historia del país, este Gobierno definió

la estrategia de gestión integrada (EGI), que se ejecuta durante los 12 meses del año. Mediante este mecanismo se fortalecieron la capacidad de notificación oportuna y el monitoreo diario de pacientes hospitalizados, permitiendo comparar la reducción de casos confirmados, la disminución de hospitalizados y la disminución de mortalidad por este virus en los últimos años.

Hemos iniciado el uso de nuevas tecnologías para la vigilancia entomológica y control vectorial, como, por ejemplo, la vigilancia del virus en mosquitos; esto ayudará a detectar precozmente la circulación de arbovirosis en vectores, pudiendo generar las acciones pertinentes y así evitar brotes epidémicos. También cabe mencionar que el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (Senepa) tiene un laboratorio de última generación que va a analizar a nivel molecular los mosquitos y de esa manera actuar eficientemente ante los brotes y predecir dónde se desarrollará. El esfuerzo de esta institución y sus miembros ha logrado un éxito rotundo en la lucha contra el dengue y las arbovirosis.

El acceso a la atención en salud se organiza a través de redes integradas e integrales de servicios de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Se cuenta con un total de 1394 establecimientos de salud, consistentes en regiones sanitarias, hospitales especializados, regionales, distritales y centros de salud, con un total de 5885 camas al cierre del 2017 (763 camas más que en administraciones anteriores, con un incremento del 15 %). Estas camas están distribuidas en cantidad de 1893 en hospitales especializados y 4046 en servicios nacionales de todo el país.

Adicionalmente, debo nombrar al gran Hospital Nacional (Itauguá), en cuya funcionalización se invirtió luego de 25 años. Esta entidad es un hospital emblemático y se posiciona en el cuarto nivel en el sistema nacional de salud. De la misma forma, se encuentra el Hospital Pediátrico Acosta Ñu, que constituye un centro de referencia en formación de pediatras, con calidad de Primer Mundo.

Hemos llegado a 8 161 441 consultas, lo que representa un crecimiento de 148,5 % más con respecto al 2013, cuando se registraron 3 270 371. A la fecha se cuenta con 308 camas de terapia intensiva, instaladas en 22 servicios (158 para adultos, 69 para pediátricos y 81 para neonatales), lo que representa el 58 % del crecimiento con relación al 2013, época en la que se contaba con 196 unidades. El Hospital de Trauma y el Instituto Nacional del Cáncer (INCAN) también se han beneficiado con mejoras que les posibilitan brindar una atención más adecuada a los pacientes.

La dotación de mejor tecnología, equipamiento y recursos humanos posibilita mayores expectativas en tratamientos de pacientes que ingresan a estos servicios de salud. En el año 2013 había 146 ambulancias y hoy tenemos 387. Esto nos permitió ingresar por primera vez en la historia de la salud pública al estándar de la cobertura nacional requerido por la OPS/OMS.

Luego 216 nuevas ambulancias de soporte básicas fueron recibidas entre los años 2015 y 2016, a través de las binacionales Itaipú y Yacyretá. Estas unidades tuvieron un costo de 48 000 dólares cada una, a diferencia de los 80 000 dólares invertidos en gestiones anteriores. Esto genera un ahorro de 4 000 000 de dólares para el Ministerio.

En el 2017, 25 ambulancias dotadas con terapias intensivas fueron adquiridas por un

valor de 2,5 millones de dólares; estas pertenecen a la marca Mercedes-Benz, que es la más avanzada y mejor equipada de la región. Las ambulancias fueron distribuidas en las distintas unidades sanitarias.

Por otra parte, se proveyeron medicamentos e insumos médicos por 647 977 millones de guaraníes, es decir, 306% de incremento con relación al inicio del presente Gobierno.

La modalidad de contratos abiertos fue la estrategia utilizada en los llamados de coberturas bianuales, disminuyendo el número de procesos sin afectar la provisión total de medicamentos e insumos. En cuanto a los equipos biométricos adquiridos, el Ministerio de Salud ha invertido 321 000 millones de guaraníes en tecnología de avanzada, para los servicios de salud.

Finalmente, permítanme referirme a los recursos humanos en nuestra institución.

En los últimos cuatro años hemos vinculado a 6759 profesionales, que prestan servicios en los hospitales especializados, regionales, distritales, centros de salud, unidades de salud de familias y regiones sanitarias. Cada uno de ellos es vital para el funcionamiento efectivo de este gran engranaje llamado Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Todo lo mencionado es fruto del trabajo de cada uno de los funcionarios de Salud Pública, que incansablemente sostienen los servicios, las 24 horas, los siete días de la semana.

En días más, vamos a hacer el llamado a concurso de promoción interna de funcionarios con un cupo para 3000 profesionales; estos formarán parte del activo permanente de la institución pudiendo participar personal de enfermería, administrativo y médico, entre otras categorías más.

Apreciados compañeros y compañeras de trabajo; señoras y señores, estamos apuntando al cambio en la salud, puesto que es nuestra función primaria como institución. Pero también necesitamos que la salud contribuya al cambio. Esto es, una mejor salud, sin duda alguna, se traducirá en una economía más fuerte y una sociedad más unida.

No olvidemos que ninguna persona, ninguna institución, posee los conocimientos, los recursos ni las capacidades para trabajar por sí solas; es fundamental buscar y establecer alianzas para llegar al gran objetivo de la cobertura sanitaria universal para todas las personas y en todas partes.

A más de eso quiero agregar que la salud universal para todos en todas partes, con participación ciudadana, es primordial para establecer las políticas públicas de salud y obtener un impacto sobre las determinantes sociales de la ciudadanía.

Los líderes en salud, además de formular, establecer, coordinar y ejecutar estrategias de salud, debemos involucrarnos con las personas de la región en la cual vamos a impactar. El líder en salud, que promulga las políticas públicas, debe conocer in situ cada realidad. No puede diseñar una política pública de salud sin saber la realidad en el terreno; por tanto, es primordial que los directivos y todos los futuros líderes en salud asuman esta tarea para que sus propuestas sean adecuadas, pertinentes y oportunas.

Nosotros tenemos experiencias muy importantes en el Chaco, en donde el acceso universal a la salud está un poco disminuido no solamente por la situación geográfica, sino también porque no logran coordinar acciones estratégicas entre los líderes de municipios y los líderes de salud.

Hoy en día podemos decir que esos líderes están trabajando en forma coordinada y la gente del Chaco va a recibir lo que merece y a lo que no tuvo acceso por años.

Nos sentimos orgullosos por el compromiso asumido en esta gran familia que constituye el Ministerio de Salud Pública. Me siento muy honrado de ser el ministro, pero más que nada de ser un servidor público, que sostiene que tenemos el poder para lograr el cambio en materia de salud.

EXPOSICIÓN DE CONSULTORES

Salud universal como concepto y práctica



**Dr. Pedro López (Cuba),
Consultor en Sistemas y
Servicios, OPS-Paraguay**

En el contexto regional de las Américas han aparecido enfermedades emergentes y re-emergentes; en un momento una ola de fiebre amarilla, y en otro, casos de sarampión importados, principalmente, de Europa; estas enfermedades transmisibles, que ya se consideraban desaparecidas, están matando personas.

Cuando pensábamos que solo nos iban a matar las enfermedades crónicas, las enfermedades transmisibles se añadieron a estas y juntas constituyen las tres primeras causas de muerte en toda la región.

Además de eso, han ocurrido serios fenómenos con la tecnología. Esta ha encarecido los servicios de salud. En la medida que se brindan más servicios de salud, aparecen más necesidades y más inconformidad en la población, que tiene una expectativa respecto a lo que debería recibir.

El incremento en los costos de los servicios de salud, por la incorporación de la tecnología, nos desafía a buscar estrategias para que el acceso a la salud no sea excluyente; nos desafía a involucrar y empoderar a las poblaciones en la construcción de un mejor sistema de prestación, con servicios integrales y oportunos.

Hasta ahora, los conceptos de equidad, de solidaridad social y los de derecho a la salud no han estado en el marco político de la toma de decisiones; y, sobre todo, del financiamiento y equipamiento, de recursos humanos e infraestructura. Y esto es clave para que un sistema de salud pueda garantizar los servicios.

Para avanzar hacia una salud universal, debemos conversar primero sobre el concepto de cobertura y acceso universal. Ya sabemos que una propuesta de servicio de salud para pobres no significa cobertura y acceso universal a la salud. También sabemos que un paquete de prestación para grupos específicos de población no genera acceso ni cobertura universal a la salud; genera, más bien, fragmentación y segmentación en los servicios de salud.

De la misma forma que sabemos que una estrategia de gobierno sin participación social e intersectorial tampoco genera acceso ni cobertura universal; genera sistemas fragmentados, donde hay mucho disgusto por no entender los procesos o por no poder participar en ellos.

¿Cuáles serían los pilares de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud? Podemos citar cuatro fundamentales:

Pilar 1	Pilar 2	Pilar 3	Pilar 4
Generar acceso equitativo a servicios de salud.	Financiamiento.	Trabajar en los fenómenos asociados a la poca rectoría o la poca gobernanza para lograr un sistema ordenado.	Participación social y coordinación intersectorial.

Pilar 1: Acceso equitativo a servicios de salud

El acceso ocurre cuando una persona que tiene un problema de salud conoce la existencia de la Unidad de Salud Familiar (USF), puede llegar a ella y confía en que será atendida, independientemente de su situación económica, origen o condición. Cuando conoce y no puede llegar o llega y nadie la hace caso, ocurre un problema de acceso.

La Política Nacional de Calidad, del año 2017, nos da un margen interesantísimo de trabajo para avanzar en los temas finos de calidad en los servicios, que tienen que ver con infraestructura, con procesos para generar resultados que sean realmente eficientes y sostenibles.

Pilar 2: Financiamiento

Lo primero que hace falta es eliminar las barreras de pagos directos de bolsillo por la prestación de servicios. Esa es la principal barrera y lo hemos medido en la región.

Hay que aumentar el gasto público en salud, que está alrededor del 3%. Se debe comenzar a funcionar por sistemas de financiamiento mancomunado. Toda América Latina ha generado sistemas fragmentados de financiamiento a la salud. Esto es: los de educación hacen un fondo para la salud, los de la salud hacen un fondo para la salud,

los del ejército hacen un fondo para la salud, los trabajadores de la agricultura hacen un fondo para la salud. Todos estos fondos terminan siendo muy poco solidarios e ineficientes; duplican muchos servicios y encarecen la cultura de los servicios. Esto, finalmente, termina haciendo insostenible la prestación.

Debemos priorizar la inversión en el primer nivel de atención, que debe ser amplio, que abarque a la población y que sea accesible para esta.

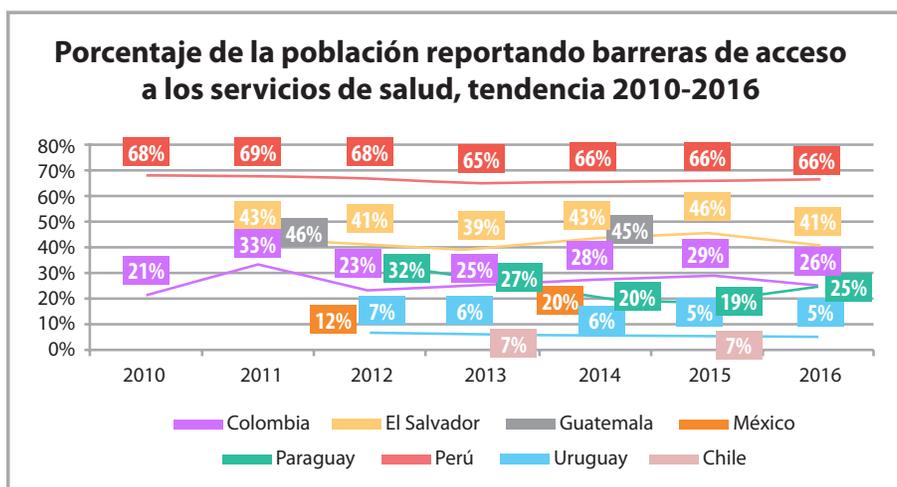
En la década de los 90 hubo un sistema de ajuste en los países que generó más segmentación y más fragmentación. Algunos países han tratado de focalizar sus reformas en el acceso, destinando dinero a determinados grupos poblacionales. Esta acción solo segmentó más el acceso a la prestación.

Otros grupos de reforma han estado muy focalizados en la cobertura. Pero si solo nos enfocamos en cobertura sin considerar el acceso, entonces generamos mucha fragmentación del sistema.

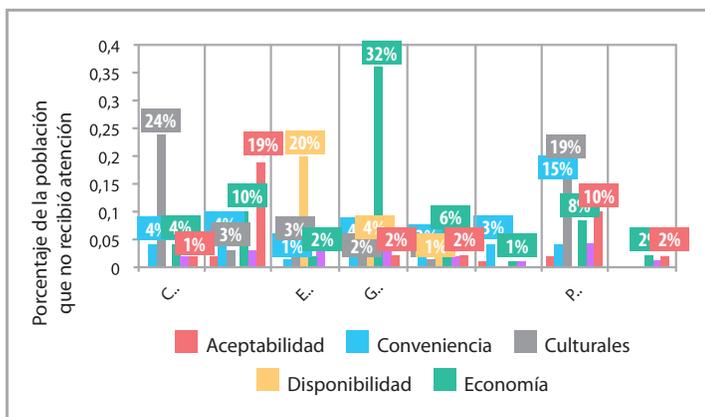
Se debe trabajar en un paquete de prestaciones que tiene que ser integral, bajo la lógica de acceso y cobertura. Hace falta incrementar los recursos públicos, la noción de solidaridad, redes integradas de servicios de salud y atención primaria de salud en los países.

En Paraguay todas las condiciones están dadas y ya se producen cambios a través de la estrategia de integración y atención primaria de salud.

En América Latina se ha introducido la percepción de que tenemos que ser ricos para generar financiamiento para la salud. En muchos países continúan siendo enormes las barreras para acceder a los servicios de salud.



Los tipos de barreras que enfrenta la población para acceder a los servicios de salud



El 35% de la población dice tener problemas de acceso económico; no puede entrar porque hay un pago mínimo, simbólico para los servicios. Entre el 30 y 40% de la población vive con su salario ajustado y no llega bien a fin de mes. Esto la lleva a postergar su problema de salud, lo que probablemente se agravará, reduciendo sus años de vida y viviendo con baja calidad de salud en los que le quedan.

¿Cómo ha evolucionado el gasto de bolsillo en la región?

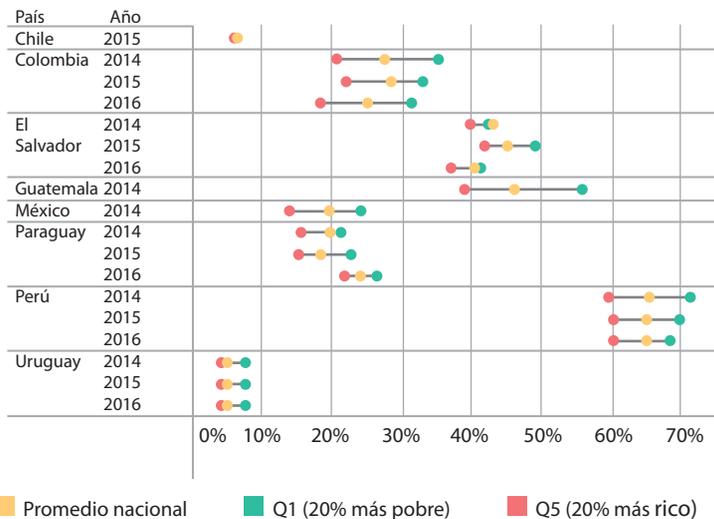
En términos generales, en América Latina el gasto en salud está girando alrededor del 3% de su producto interno bruto (PIB); en algunos países está por debajo; en otros, un poco por encima; pero casi ninguno llega al 6% recomendado por la OMS como el necesario para poder generar un sistema con cobertura y acceso inclusivos.

En América Latina el pago de bolsillo ha disminuido porque todos se han ido moviendo hacia la lógica de generar mejor acceso y que no haya pago directo de bolsillo; pero ese movimiento ha sido muy lento y todavía genera una gran inconformidad social a la hora de acceder a los servicios.

En la mayoría de las Américas se tiene un gasto público en salud muy por debajo de la media que las organizaciones internacionales recomiendan para garantizar acceso a la población. Debemos movernos hacia ese 6%.

¿Cómo van las cosas con respecto a equidad, accesos y barreras?

El siguiente estudio midió el porcentaje de la población que reportaba barreras de acceso a los servicios de salud en varios países de la región, a lo largo de los años.



Este gráfico tiene que ver con la segmentación; lo que se nota es el porcentaje de la población cubierta por un esquema de financiamiento. Las tendencias en las Américas han sido generar esquemas de financiamientos por población. Se han generado sistemas para la salud que no tienen ninguna solidaridad; solo toman en cuenta la capacidad de pago que una persona tiene en el bolsillo. La persona que gana poco no está protegida por el sistema de financiamiento, y ese sistema de financiamiento que no protege se vuelve regresivo porque genera una diferencia social, que genera no solo disgusto, sino peor calidad de vida para las personas.

En el caso de Costa Rica, el país cuenta con un esquema de financiamiento para protección de la salud que cubre al 100% de la población.

Pilar 3: **Trabajar en los fenómenos asociados a la poca rectoría o la poca gobernanza para lograr un sistema ordenado**

Se hace necesario fortalecer la capacidad regulatoria del MSPyBS, con el fin de mejorar el funcionamiento del sistema y el acceso a los servicios de salud; mejorar la capacidad de conducción del MSPyBS, al concertar con las autoridades sanitarias regionales alcances específicos de las normas; mejorar la modulación de la prestación para incrementar el uso de los recursos disponibles, la expansión planificada y la organización de las redes de servicios. Adicionalmente es importante que el Ministerio como organismo rector se haga responsable de la modulación del financiamiento, de forma que en caso de ser necesario se puedan comprar servicios al sector privado y viceversa, y así financiar prestaciones complementarias y el intercambio de servicios entre prestadores.

Pilar 4: **Participación social y coordinación intersectorial**

La OPS promueve el fortalecimiento de la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. Para ello propone establecer mecanismos intersectoriales de coordinación y fortalecer la capacidad de la autoridad nacional de salud para ejecutar con éxito políticas públicas que aborden los determinantes de la salud. Para

ello, las autoridades deben tener la capacidad de influenciar en las legislaciones, reglamentaciones e intervenciones extrasectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud. Se debe generar evidencia para sustentar acciones interinstitucionales que impacten en la salud de las personas y las comunidades, en particular, mediante la evaluación de las implicaciones para la salud de políticas, programas y proyectos de desarrollo, con la participación de la sociedad civil y las comunidades.

Fortalecer la participación de la autoridad nacional de salud en la definición de los componentes relacionados con la salud de los programas sociales y la articulación entre salud y comunidad, promoviendo el protagonismo de municipios y organizaciones sociales de base territorial, en las mejoras de las condiciones de vida y los entornos saludables. Empoderar a las personas y las comunidades mediante la capacitación de líderes, mujeres, jóvenes y otros miembros de la comunidad, para el entendimiento de los determinantes de la salud y su participación activa en la promoción y protección de la salud.

LOS RETOS

Los retos tienen que ver con economía política. Antes la economía política vinculada al ámbito de la salud no tenía el desarrollo que ha tenido en los últimos 20 años. Hoy sabemos que hay que trabajar la economía política para poder generar un esquema de financiamiento bajo, un presupuesto político de aceptación, para que la sociedad pueda recibir lo que necesita y retribuir a la sociedad lo que la sociedad le está dando.

Otro reto es el de los profesionales y proveedores. Nosotros mismos, profesionales de la salud, los médicos somos a veces extremadamente fragmentarios, segmentarios, elitistas y no comprendemos la dinámica del sistema; concentramos nuestro trabajo en la relación que se establece en la consulta, en la relación médico-paciente, en nuestro pequeño espacio; perdemos la visión de sociedad. Entonces, hay que hablar con los profesionales, con los administradores, con todos los sectores –no solo con el sector público–, porque en la medida que hablemos, las personas comprenden, y en la medida que comprenden, entienden que es un ganar-ganar.

El tercer reto es la complejidad técnica del profesional; el lenguaje acá es muy sencillo, pero cuando lo utilizamos entre otras personas hay que cambiar lo técnico; de otra forma, no se entiende.

El cuarto y último reto tiene que ver con las alianzas. La alianza se hace a nivel de barrios, distritos, en los consejos locales de salud, persona a persona; esto es lo que permitirá avanzar.

Tenemos que trabajar mucho en el tema de la rectoría de las autoridades de salud; hay que trabajar por un sistema transparente, ir consolidando lo que se ha venido desarrollando en estos años. Hay que fortalecer la capacidad de control y monitoreo para, efectivamente, hacer cumplir lo que se ha acordado entre todos.

Así también, debemos trabajar para empoderar a distintos actores, como los movimientos sociales; tenemos que comunicarnos con ellos y escuchar sus necesidades como estrategia para avanzar hacia los propósitos que tenemos.

Acceso y cobertura universal en salud, aplicados a las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo



Dra. Marcia Erazo (Chile), consultora de la OPS/OMS, especialista en Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental

Hasta hace algunos años las enfermedades no transmisibles (ENT), si bien estaban presentes –se presentaron como epidemias–, no figuraban entre las primeras causas de muerte hasta finales de la primera década de este siglo XXI (2011).

Desafortunadamente, también ocurren muertes prematuras que son prevenibles. Tenemos grupos de población que no alcanzan la esperanza de vida (78 a 80 años) como consecuencia del desarrollo social y económico que sus países han alcanzado. Estos grupos de población sufren enfermedades que los llevan a la muerte a edades por debajo de los 70 años, lo cual ocasiona un verdadero problema socioeconómico para la familia y para los países.

El posicionamiento de las enfermedades no transmisibles, como primera causa de muerte, fue reconocido en el año 2011, por segunda vez en la historia de las Naciones Unidas. La decisión se tomó durante la Asamblea General de ese año, por el pleno de los jefes de Estado, miembros de la ONU.

En una declaración política reconocieron el rol primario que tienen los gobiernos y los Estados para promover salud para todos los individuos. También hicieron un llamado para reducir los factores de riesgo y promover la creación de ambientes saludables. Igualmente, se comprometieron a fortalecer los sistemas nacionales y las políticas nacionales para trabajar con los factores de riesgo y atender al grupo de pacientes que presentan estos tipos de enfermedades.

Se propuso, asimismo, promover la cooperación internacional y las alianzas estratégicas para avanzar en estas materias, incorporando como actor clave a la academia para generar procesos de investigación que ayuden a comprender mejor los fenómenos que están ocurriendo al interior de los países.

Esta declaración política fue asumida para la OMS, que la materializó en el *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo*, vigente desde el año 2013 con plazo de cumplimiento al 2020. Desde entonces, todos los países están comprometidos con su implementación.

Una de las metas del Plan es la reducción, en el año 2020, en un 25 % de la mortalidad prematura causada por este grupo de enfermedades.

Dos aspectos claves a trabajar son: (i) la conducta y el comportamiento de las personas; ambos tienen una notable incidencia en la instalación y la reproducción de las ENT en la sociedad; y (ii) el fortalecimiento del sistema de salud, para detectar el origen precoz de enfermedades, como el cáncer, diabetes mellitus, infarto miocárdico, enfermedades respiratorias crónicas.

Cabe destacar que los primeros mil días son fundamentales y condicionan el nivel de salud del niño, en sus primeras etapas de vida, como también cuando sea adulto. Las enfermedades no transmisibles crónicas tienen origen en la vida fetal y en la primera etapa de la vida.

Reconocer la salud como un derecho es fundamental, porque coloca el tema de la salud fuera del sector exclusivo de la salud, instalándola como parte del propio esquema del desarrollo social sostenible de los países.

Este Plan de Acción de las ENT, a nivel local, pone énfasis en cuatro factores de riesgos, que son comunes a todas las enfermedades de este tipo: (i) el consumo excesivo de alcohol y tabaco, (ii) dieta insana, (iii) obesidad y (iv) sedentarismo o falta de actividad física. También hay un reconocimiento de que los determinantes sociales, incluida la equidad, son factores primordiales para prevenir y controlar las ENT.

En términos de los resultados, básicamente, lo que busca el Plan es reducir el número de casos nuevos de cáncer y disminuir la mortalidad prematura por el otro grupo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, respiratorias.

En setiembre del 2018 tendrá lugar la 3ª Reunión de Alto Nivel, en la Asamblea General de la ONU. En ella todos los jefes de Estado tendrán que mostrar los avances que han logrado en esta materia.

La OMS, en uno de sus Reportes de Avance del Plan de Acción (año 2014), nos recuerda que las ENT inciden en gran medida en la agenda de desarrollo de los países y sus objetivos. En otras palabras, puede generar un retroceso en los avances obtenidos para vencer la pobreza.

En estos momentos sabemos que, por ejemplo, los países están gastando entre 4% y hasta 12% de su producto interno bruto (PIB) en diagnósticos y tratamientos para este grupo de enfermedades. Este gasto representa un coste muy alto para el desarrollo económico de los países.

El camino para cumplir las metas del Plan tiene que ver con los avances que hagamos al interior de nuestros países. Es necesario generar alianzas estratégicas a nivel intersectorial y no solo de salud, sino de educación, de obras públicas, etc., y unir fuerzas públicas y privadas. El rol de la sociedad civil y el involucramiento de la comunidad son vitales, porque entre todos tenemos que tomar conciencia que estos problemas nos atañen y, por lo tanto, nos afectan como personas, como sociedad y como país.

Aportes de las Mesas de Trabajo

MESA 1: ORGANIZACIÓN DE LA SALUD¹

Relatora*: Margarita Bazzano, de la Municipalidad de Asunción.

Participantes*: Sarita Aguirre, del Programa Nacional de Control de TV; Calina Acevedo Flor, de la Dirección de Adultos Mayores; Luciana Rodríguez, de la Dirección General de Auditoría Interna; Adriana Amarilla, de NPC-OPS/OMS; Maximina Beumon, del Hospital Indígena; Sonia Ávalos, de la Unicef; Nilda Flores, de la Dirección General de Promoción de la Salud; Juan Seclen, asesor de la OPS/OMS-FGL; Blanca Cousiño, oficial del Programa de la OPS/OMS-OP.

Pregunta para el debate: *¿Qué cambios en la organización del sistema de salud deben darse para avanzar hacia el acceso y la cobertura universal en salud en Paraguay y cómo proponemos acelerar estos cambios?*

- Articular coordinadamente con la comunidad para lograr la descentralización de la salud. Esto es bomberos, policía, municipalidades e instituciones educativas trabajando de forma articulada con los hospitales de cabecera. La atención primaria de la salud (APS) se debe brindar en el campo de acción.
- Trabajar en el fortalecimiento de las regiones sanitarias; revisar su plantel de recursos humanos, la disponibilidad de los insumos, etc. De la misma forma que las rectorías del Ministerio de Salud respecto a las Unidades de Salud Familiar (USF), que deben brindar la APS y otros derechos de salud preferenciales, a fin de disminuir la fragmentación y segmentación.
- Las USF, por ser el primer punto de contacto con los pacientes, precisan ser fortalecidas; principalmente generar espacios de diálogo entre pacientes de la comunidad y los agentes del sistema de salud en las regiones sanitarias.
- Desarrollar campañas educativas, con instituciones públicas y privadas a nivel país, teniendo en cuenta los principios de universalidad, derechos y equidad. Es necesario promover la participación social comunitaria, teniendo en cuenta las culturas, las costumbres, principalmente de poblaciones indígenas y poblaciones vulnerables; mantener la interculturalidad.
- La poca cantidad de especialistas en cada región sanitaria impide brindar asistencia oportuna a los pacientes.
- La situación de la infraestructura hospitalaria es otra consecuencia de la poca asignación de recursos para la salud.
- Desarrollar una red de urgencias y rehabilitación de pacientes en el sistema de salud del país.

¹ Las Mesas 1 y 2 se integraron en una sola y dialogaron sobre los dos temas asignados. En el presente informe se incluyen los aportes como mesas separadas.

Aporte para PLENARIA:

- ✓ Trabajar en una coordinación articulada entre los distintos actores de la comunidad con las Unidades de Salud Familiar (a cargo de la APS) y los hospitales de cabecera, con el fin de descentralizar los servicios de salud y trabajar en el campo de acción.
- ✓ Fortalecer las regiones sanitarias, en cuanto a recursos humanos, insumos, etc., así como de las rectorías del Ministerio de Salud en cuanto a la APS y otros derechos de salud preferenciales.
- ✓ Potenciar las USF y la comunicación entre los miembros de la comunidad y los agentes de la salud.
- ✓ Aumentar la cantidad de especialistas en cada Región Sanitaria y mejorar la infraestructura hospitalaria a través de la asignación de mayores recursos.



MESA 2: FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Relator: *ídem Mesa 1

Participantes: * ídem Mesa 1

Pregunta para el debate: *¿Qué problemas de financiamiento tiene hoy la prestación de servicios de salud en el país? ¿Cómo podemos desarrollar una estrategia para financiar mejor el sistema público de prestación de salud?*

- Los recursos que se asignan al sistema de salud tienen que seguir creciendo. Hasta la fecha, la recaudación destinada para la salud proviene del IVA, sería ideal que vengan también de otras fuentes, como impuesto al cigarrillo, impuesto a la renta personal, por citar algunos.
- La ciudadanía desconoce cómo se financia la salud pública y esto impide velar por el buen destino de los recursos asignados. Es necesario un uso más eficiente de los recursos y la transparencia en el empleo de esos recursos. Hoy, la ciudadanía no sabe cómo se utilizan y la percepción es que no se están destinando acordes con la necesidad real de la población.

- Se debe ampliar la inversión para la atención primaria de la salud y contemplar como un ítem específico en el sistema de descentralización. Además, debe existir una comunicación adecuada con otros servicios de la red sanitaria. Los recursos deben distribuirse a lo largo de la red, no pueden ser desproporcionados, porque eso genera conflictos.

Aporte para PLENARIA:

- ✓ Aumentar los precios fiscales, como impuesto al cigarrillo, impuesto a la renta personal, otros, para el financiamiento de la salud.

MESA 3: FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD

Relatora: Dra. Graciela Gamarra, de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud (DNERHS).

Participantes: Silvia Brizuela Etchegaray, de la DNERHS; Marta Anzoategui, de la Dirección General de Promoción de la Salud; Luzena Ortiz, del Ineran; María Antonia Mendoza, del INS; Epifanía Gómez y José Milton Guzmán, de la OPS/OMS.

Pregunta 1 para el debate: *¿Qué retos tenemos en el país con respecto a la formación de recursos humanos para la salud?*

- La formación continua del personal de salud (médico, enfermera, psicóloga, etc.) no debe terminar en la facultad. El Ministerio de Salud –como ente rector– debe asumir este reto e ir empoderando a todo el personal de salud, tanto en la salud pública, como en su formación continua.
- Lo que cada profesional haga –en su ámbito de formación– debe impactar favorablemente en el sistema de salud actual y en su compromiso con mejorarla en todo el país, no solo en la capital.
- Incentivar al personal de salud y motivarlo, desde los inicios de su formación, a salir de la capital, a recorrer las distintas comunidades del país, donde también las personas necesitan atención. El Ministerio de Salud está trabajando en la inclusión del componente “promoción de la salud” desde la APS, con los profesionales ya formados, así como con otras carreras vinculadas. Muchos de los que trabajan actualmente en la APS son profesionales del área de la salud, pero no tienen ese enfoque, no están formados en eso. Existe un curso sobre APS, que es desarrollado en articulación con la OPS, que apunta a formar a los docentes en la promoción de la salud.
- Aprovechar la cantidad de instituciones formadoras en salud, existentes actualmente, para incluir en la malla curricular de grado la Política Nacional de Salud y las políticas de salud requeridas. Hace falta que la capacitación que entreguen responda al perfil de recursos humanos que precisa el sistema nacional de salud, que responda a las políticas públicas y a la política de salud, en particular.
- Las Unidades de Salud Familiar (USF) tienen pocas personas formadas en medicina y en salud familiar y comunitaria. Esa podría ser otra competencia a desarrollar en las mallas curriculares.

- En este momento se tiene un convenio entre la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud (DNERHS) y 50 con instituciones formadoras, que alcanza a 172 carreras de salud a nivel país. Este acuerdo debería fortalecerse como plataforma para apuntar al cumplimiento de las políticas de salud.
- La capacitación en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Todos los profesionales de salud deben estar formados en las TIC, es inconcebible ya el funcionamiento del sistema de salud sin la tecnología, tanto para el sistema de información como para la capacitación.
- El conocimiento y el manejo de las TIC deben ser potenciados y estar disponibles en todas partes; en las localidades lejanas, existe mucha deficiencia en este sentido. Es un desafío explotar y darles el mejor uso posible.
- Explotar las capacitaciones virtuales es muy válido, ya que abarca más y hace honor al tiempo de cada uno, llega a todas las regiones y es constante. Se debe reincorporar la telemedicina, herramienta fundamental para los profesionales que trabajan en el interior del país.
- El Instituto Nacional de la Salud (INS) es la instancia que por ley está facultada a titular los posgrados en salud, habilitados por el Consejo Nacional de Educación Superior (Cones). Se debería movilizar y agilizar este mecanismo para incluir a más especialistas en el sistema público de salud.
- Hay varias tecnicaturas que el INS debería reflotar e incorporar las que se necesitan como país. El INS debe retomar sus funciones de formar técnicos, entre ellos promotores de salud, vigilancia epidemiológica, usos de tecnología, estadísticas en salud, etc.
- En paralelo, se deberá trabajar la motivación de la capacitación para la carrera interna en el sistema de salud. Si los profesionales reconocen el plus que les agregan las capacitaciones, estas aumentarán en cantidad y disponibilidad para todo el país.

El INS también es responsable de dictar los cursos de especialización y maestría en Salud Pública; sin embargo, no se desarrollan desde hace cuatro o cinco años. Las academias se aprovecharon de esa ausencia y las universidades privadas ofertan estas maestrías. La Universidad Nacional de Asunción (UNA) dispone de la especialización en Salud Pública, hay un curso de posgrado.

El *Observatorio de RR. HH.* posee datos del 2009 y del 2013 muy interesantes, publicados en la página regional. Está pendiente su relanzamiento a nivel local, porque estuvo sin encargado casi cinco años. Ahora cuenta nuevamente con una persona a cargo.

El relanzamiento del *Observatorio* permitirá obtener un panorama claro para ejercer esa rectoría con la academia y con la política de salud misma. Los cinco desafíos del Llamado a la Acción de Toronto, con sus 20 metas, constituyen una herramienta poderosa para que podamos tener una fotografía bien concreta de qué se necesita y con autoridad decidir lo que se hará.

Aporte para PLENARIA:

- ✓ Capacitar de forma continua al personal de blanco e incentivar la investigación en este marco.
- ✓ Formar técnicos, no solo profesionales.
- ✓ Actualizar la política de recursos humanos para formar a profesionales de calidad en lo que el país necesita, con las habilidades y competencias que se necesitan.
- ✓ Incorporar mayores programas de capacitación en salud familiar y comunitaria, tanto en modo presencial como virtual. Se deben potenciar los cursos digitales.
- ✓ Reflotar y reafirmar el INS con su misión esencial de formar técnicos de la salud.
- ✓ Relanzar el *Observatorio de RR. HH.* y aprovechar los datos que este aporta para mejorar y actualizar las políticas nacionales de recursos humanos.

Pregunta 2 para el debate: *¿Qué podemos hacer para avanzar en lograr disponer de recursos humanos suficientes, competentes y comprometidos con la salud universal?*

- Trabajar en la actualización de los recursos humanos de este primer nivel, tanto en forma técnica como tecnológica para que puedan hacer un uso efectivo de los equipos y maquinarias.
- Hace falta realizar un acompañamiento a distancia a través de telemedicina y capacitar al personal para manejarlo. Se debe disponer de un sistema para comunicarse e interactuar con otros colegas y especialidades médicas de apoyo.
- Para el segundo nivel de atención también se debe formar a todos los miembros de la red integrada de servicios de salud, para evitar un choque al momento de recibir, derivar y tratar pacientes, y que se vea afectado el servicio por una sobrecarga y por falta de comunicación.
- El financiamiento es muy importante para llegar a todos los rincones del país, ya que ahora mismo llegamos a una cobertura del 30-40%. No se puede abarcar todo el territorio por falta de recursos para avanzar.

El personal de salud que va a las ciudades del interior del país, va con una predisposición positiva, pero al llegar se encuentra con condiciones mínimas de trabajo; choca con la falta de estructura física, de insumos, de materiales, de equipos y hasta con escases de agua potable y de electricidad, ni qué decir la señal de internet, que es pésima o inexistente. Por tanto, habrá que asegurar que tengan primeramente las condiciones básicas, tanto para vivir como para trabajar en la localidad.

- Se necesita un incentivo fuerte para que el personal salga, vaya y se quede fuera de la ciudad en sus USF (las compañías, asentamientos, etc.). Para lograr que esto ocurra se debe crear un mecanismo de incentivo y acompañamiento, que no sea solo lo monetario.

- Se debe incentivar el aprovechamiento de los campos de práctica de los estudiantes en formación, y en su formación continua, tanto de pregrado como de grado para que vean, conozcan y se motiven a trabajar en las USF. Se debe incorporar en ellos la vocación para servir a los demás, en donde haga falta.
- Se debe incorporar en la malla curricular los temas de la promoción de la salud: atención primaria, salud pública, de emergencia y urgencia, sistemas de información (registro de historia clínica, etc.).
- En Paraguay se tiene una población de 120 000 indígenas. Necesitamos la capacitación del personal en materia de interculturalidad. Preparar a formadores en salud intercultural a través del INS, por un lado, y la Dirección de Salud Indígena, por el otro. Habría que definir una institución que se apodere de este tema y diseñe una propuesta que apunte a formar recursos en salud intercultural, utilizando las metodologías más apropiadas para que los servicios lleguen a esta población.

Aporte para PLENARIA:

- ✓ Formar integralmente al personal de todos los niveles y segmentos del sistema de salud.
- ✓ Disponer de mayor inversión y mejor administración de recursos para lograr una buena cobertura a nivel país.
- ✓ Establecer y desarrollar mecanismos de incentivo y acompañamiento que motiven al personal a salir de la capital.
- ✓ Motivar en los estudiantes su vocación de servicio hacia las personas que más lo necesitan, como estrategia para lograr un cambio de actitud.
- ✓ Capacitar a los recursos humanos en los temas que se refieren a la interculturalidad.
- ✓ Definir una institución que se apodere de este tema y trace una propuesta para formar recursos en salud intercultural.



MESA 4: FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Relatora: Marcia Mazó, consultora internacional de la OPS/OMS.

Participantes: Ely Ovelar, del INAN; Yuki Murakami, JICA-Py; Jorge Galeano, Mara Muñoz, Beatriz Cohenca, de la OPS/OMS.

Pregunta 1 para el debate: *¿Cómo caracterizaríamos la situación de los factores de riesgo para la salud en el país?*

- En el sector de la salud se percibe que la población tiene un escaso conocimiento de lo que significa un factor de riesgo, la perspectiva de los factores de riesgo. Esto lleva a identificar como una necesidad la búsqueda de alternativas de comunicación, que sean aplicadas ya con los niños.
- Hace falta introducir una sensibilización e información desde temprana edad para obtener resultados de valor en el tiempo. Por ejemplo, en las escuelas se debe insistir muchísimo en la instalación de las cantinas saludables, también la deberían implementar en colegios y universidades, incluso las instituciones de servicio de salud, porque las cantinas de los hospitales ofrecen alimentos que no son saludables.
- Los factores de riesgo están poco presentes en la conciencia colectiva de la población; no hay conciencia acerca de la incidencia que pueda tener la conducta individual o colectiva en la reducción o prevención de los riesgos en salud.
- La gente no consume alimentos saludables (consume azúcar, sal, alcohol en exceso, tabaco, etc.), realiza poca actividad física y en forma desestructurada. Otra realidad es que los costos de los alimentos saludables son mucho más elevados. Comprar una empanada es mucho más barato que comprar una manzana.
- La discusión acerca de los factores de riesgo aún se encuentra en el nivel de los profesionales de la salud, no trasciende al nivel de la población. Por lo tanto, ahí hay un desafío sobre cómo desde el sector de la salud se traspasa la información, cómo se comunica el impacto de las conductas de riesgo; como, por ejemplo, el consumo de alcohol, manejar bajo las influencias del alcohol o de fumar en lugares cerrados o de uso público, de no hacer actividad física, etc.

Aporte para PLENARIA:

- ✓ Desarrollar proyectos de sensibilización e información desde temprana edad para obtener resultados de valor en el tiempo, en materia de hábitos saludables de alimentación.
- ✓ Implementar acciones que contribuyan a hacer conocer entre la población los factores de riesgo de los comportamientos y conductas.
- ✓ Propiciar iniciativas que favorezcan la accesibilidad de los costos de los alimentos saludables para potenciar su consumo.

Pregunta 2 para el debate: *¿Qué podemos hacer desde la perspectiva de acceso y cobertura universal para avanzar en el manejo efectivo de los problemas de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles?*

- Se habla mucho sobre la educación, la regulación y las políticas públicas, pero desde acciones unilaterales, cuando lo que hace falta es un trabajo intersectorial con la escuela, con la comunidad, con el servicio de salud y con todos los sectores que pueden facilitar acciones o que puedan brindar las herramientas para aplicar las políticas públicas y producir los cambios en las comunidades.
- Las políticas públicas deben ser claras para trabajar de manera unificada los lineamientos que tienen que ser cumplibles; en muchos casos, los lineamientos no son alcanzables, por tanto, no pueden ser cumplibles.
- El rol de las USF es sumamente importante, ya que estas posibilitan el contacto con la comunidad. En esta instancia se podrían introducir periódica y sistemáticamente charlas educativas sobre alimentación saludable y prácticas para una vida saludable en general.
- Las políticas públicas deben bajar del nivel central al nivel local, pues al quedar solo en el ámbito directivo no llegan al funcionario local, que es el que debe aplicarlas y, entonces, no existe esa sociabilización con los municipios, las iglesias, etc.
- Hace falta establecer leyes y reglamentos más duros, por ejemplo, en materia de prohibición de azúcar, el etiquetado de determinados productos nocivos para la salud o el consumo de alcohol en adolescentes, en menores de edad, por citar algunos. Hay que mencionar que en el país se cuenta con leyes de referencia, muchas muy buenas. Lo que falta es poder controlar su cumplimiento.
- Se podría trabajar con intervenciones fiscales, pero a más largo plazo. De forma inmediata lo que se podría hacer es trabajar dentro de las instituciones, como los hospitales y servicios de salud, abordando desde adentro lo que significa tener un estilo de vida saludable. Todos los profesionales deberían poder trabajar y tener un profundo conocimiento sobre lo que significan los factores de riesgo.
- Para que las USF también realicen esta tarea, requieren ser dotadas de todos los elementos y los profesionales. Hay unidades que están incompletas, y los dos o tres profesionales que están ahí no pueden abarcar todas las cuestiones o todos los programas que tienen enfrente.
- Como el dengue y las enfermedades transmisibles tienen muy ocupado al personal de salud, las no transmisibles quedan un poco relegadas. Sería bueno tener nutricionistas y otros profesionales dentro de las USF, las cuales tienen la posibilidad de mantener una fluida comunicación con las escuelas y trabajar ahí los temas para una vida saludable.
- Las instituciones educativas son las mejores aliadas para alcanzar este desafío.
- Y, por último, también hace falta un relevamiento de los datos locales, no solo nacionales; esto servirá para obtener una estratificación geográfica, y formar y poner en funciones a un salubrista local, que tendrá una visión mucho más efectiva de la realidad de la salud de su comunidad.

- Generalmente, las encuestas de factores de riesgo se hacen a nivel nacional y son números macro, en donde se ve que hay obesidad, etc., pero localmente se carece de esos datos.

Por lo tanto, sería muy importante contar con un proyecto en esta línea en algunas USF para demostrar el impacto que tiene en las comunidades la información local para la toma de decisiones y la aplicación efectiva de las políticas de salud.

Aporte para PLENARIA:

- ✓ Trabajar de forma intersectorial con la escuela, la comunidad, el servicio de salud y todos los sectores para facilitar acciones y brindar las herramientas para aplicar las políticas públicas y producir los cambios en las comunidades.
- ✓ Introducir en las USF charlas educativas sobre alimentación saludable y prácticas para una vida saludable en general. Para ello, se precisa que también estén dotadas de recursos humanos, técnicos y de infraestructura, para que puedan funcionar efectivamente.
- ✓ Bajar las políticas públicas al nivel local para que puedan ser aplicadas y socializadas con las organizaciones de las comunidades.
- ✓ Establecer y/o endurecer leyes y reglamentos respecto a la prohibición y etiquetado de los productos nocivos para la salud, y controlar su cumplimiento.
- ✓ Realizar relevamiento de los datos locales, no solo nacionales; esto servirá para obtener una estratificación geográfica y formar y poner en funciones a un salubrista local, que tendrá una visión mucho más efectiva de la realidad de la salud de su comunidad.



MESA 5: ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA (EGI) PARA ARBOVIROSIS

Relator: Miguel López, de la OPS/OMS.

Participantes: Miguel López y María Victoria Alé, de la OPS/OMS; Nicolás Aguayo y Édgar Sanabria, del Senepa; Cynthia Peralta, de la Dirección General de Promoción de la Salud; Águeda Cabello y Andrea Ojeda, de la Dirección General de Vigilancia de la Salud.

Pregunta para el debate: *¿Qué papel ha jugado la EGI para arbovirosis en el manejo de problemas de salud complejos, como el brote epidémico de dengue en el país? ¿Qué más podemos hacer?*

- Hasta la fecha se trabajaron varias aristas; se dieron varias respuestas multisectoriales, incluyendo la integración de todos los sectores. Hubo varias lecciones aprendidas, se fortaleció la vigilancia dentro de los servicios; las notificaciones tardías mejoraron.
- Ahora el Senepa no solo realiza los bloqueos químicos; se logró el fortalecimiento de los servicios con la promoción y los trabajos comunitarios, así como con los mensajes claves comunicados a la comunidad, que cuenta con la integración del sector privado.
- En resumen, se puede señalar que se consiguió una mayor integración y el trabajo coordinado desde el Ministerio de Salud con otros servicios, lo que conlleva al fortalecimiento interno y externo del sistema de salud.
- Desde el 2008 al 2012 se trabajó con la EGI, pero no se lograba una adecuada integración entre los sectores. A pesar de las múltiples reuniones con los equipos de trabajo y las organizaciones vinculadas, todo se quedaba en el ámbito ministerial. Realmente, la EGI no funcionaba con un enfoque multisectorial y la actividad prioritaria era de Vigilancia y Senepa, pero no era integrada.
- El fondo real que se mejoró sustancialmente desde el 2013 es la integración y el trabajo conjunto.
- En resumen, la no integración trajo fragmentaciones, con bloqueos de las intervenciones, de la información de los servicios; algunos notificaban al Senepa, otros a Vigilancia. Anteriormente se recibía la información bloqueada directamente, lo mismo que los diagnósticos. Senepa hacía algo que no es bueno: el de tener superpoderes.
- Senepa no es una institución que tiene que hacer vigilancia epidemiológica de la salud; se pierde tiempo y efectividad en algo que no le corresponde; no es la institución que tenga que ir a hacer intervención en un servicio de salud, que tenga que estar directamente relacionada con un diagnóstico laboratorial. Es importante que pasen la información; tiene que ir toda centralizada a Vigilancia.
- Es así que la consecuencia que trajo la gestión integrada fue justamente fortalecer el rol de cada una de las direcciones y llevar ese fortalecimiento –del rol genuino de cada dirección– con la integración de los componentes y de las estrategias de salud, de vigilancia, de gestión, de servicio, de laboratorios.
- Con respecto a la integración de Senepa y Vigilancia, los trabajos de bloqueos se han hecho más direccionados, lo que a su vez contribuyó al mejoramiento de la articulación e información del resto de los componentes, porque es ahí donde se dirigen los bloqueos químicos y las actividades de promoción y comunicación.

- Conformar la EGI nacional permitió, por ejemplo, articular con la Secretaría del Ambiente (SEAM), la Secretaría de Emergencia Nacional (SEN), el Ministerio de Educación y Ciencias (MEC), las gobernaciones, municipalidades y el sector privado. Posibilitó, asimismo, potenciar la inversión en comunicación, promoción de la salud, elaborar y trabajar indicadores para hacer lo que corresponde a la EGI: el monitoreo y evolución correspondiente, trabajar en investigaciones, fortalecer la captación en todos los servicios de salud y el componente de gobernanza política, y el rol de la estrategia.
- Hace falta, sin embargo, que se mejore también la captación, no solamente de dengue, sino del zika y del chikungunya, que son los nuevos arbovirosis, que ingresaron hace tres años. Esto permitirá la captación en el servicio de salud; además, posibilitará una mayor integración a la EGI de los programas, como salud sexual y reproductiva, que sería un logro muy importante.
- La EGI ha venido evolucionando desde mediados del 2005 hasta el 2010. La última etapa se dio entre el 2013 y 2014, donde realmente se consiguió esa integración mayor de las diferentes divisiones y entidades del Ministerio de Salud.
- En este último periodo el mensaje de corresponsabilidad que se transmitió (no es solo responsabilidad del Ministerio de Salud) respecto al dengue o de la arbovirosis, permitió entender y dimensionar su impacto entre los otros sectores, trascendiendo el de salud. Los entes de salud saben que el dengue es una enfermedad; pero cuando este o las arbovirosis se transforman en epidemia, deja de ser una enfermedad de salud, y pasa a convertirse en una enfermedad social y ambiental, haciendo notar por qué se deben mantener involucrados todos los sectores.

Aporte para PLENARIA:

- ✓ Continuar trabajando de forma articulada entre el Senepa y la Dirección de Vigilancia de la Salud.
- ✓ Fortalecer los sistemas para mantener involucrados a todos los sectores en la corresponsabilidad ante las arbovirosis.



MESA 6: DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALUD

Relator: Domingo Centurión, del CIES Ñepyru.

Participantes: Myrian Cáceres, Helce Melgarejo y Susana Quiñónez, del MSPyBS; Diana Rodríguez y Ricardo Torres, de la OPS/OMS; Mirtha Benítez y Lucy Esquivel, de Unidas en la Esperanza (UNES), organización de Trabajadoras Sexuales; Adriana Irún, de la Red de VIH.

Pregunta 1 para debate: *¿Qué factores socioambientales afectan más a la salud de las personas en el Paraguay?*

- La pobreza, la falta de trabajo digno o trabajo mal remunerado, que obstaculizan un nivel de vida digna, que se traduce en una inversión insuficiente o nula en la salud de las personas.
- Factores geográficos asociados al acceso a los servicios de salud, como la falta de caminos o medios de transporte público, sobre todo en zonas rurales.
- Las desigualdades de género, asociadas a la mujer como sujeto de derecho; al no poder decidir sobre embarazos no programados y/o maternidad forzada.
- El escaso acceso a los servicios de salud de los hombres, relacionado con las costumbres e idiosincrasias; estos por lo general no acuden a los servicios de salud a menos que se encuentren en etapa terminal de una enfermedad. En cuanto a las mujeres, muchas veces son atendidas aquellas patologías relacionadas con el órgano sexual sin abordar de manera integral su salud; este hecho se acentúa en las trabajadoras sexuales.
- La inequidad, no todas las personas tienen las mismas necesidades; por tanto, no basta con la igualdad de acceso, sino que debe ser un acceso integral a la salud basado en modelos equitativos de las personas y comunidades.
- El alto grado de la discriminación, por condición económica, serología, orientación sexual, expresión e identidad de género, raza, etc., y –en muchos casos– la naturalización de esta en los servicios de salud.
- Falta de conocimiento de los derechos por parte de los usuarios de salud, a fin de exigir una atención de calidad.
- La concentración de poder económico y político en sectores privilegiados.
- La falta de ambientes saludables en lugares de trabajo y en las viviendas de las personas.
- Falta de cumplimiento de las políticas públicas.
- Los efectos del cambio climático que afectan al bienestar de la ciudadanía, tales como inundaciones, olas de calor, sequías prolongadas, proliferación de vectores.

Otros factores más específicos y directos son:

- Las condiciones insalubres de convivencia de las personas privadas de libertad, que representan un caldo de cultivo para la transmisión de enfermedades, o el empeoramiento del estado de salud de enfermos crónicos no transmisibles.
- La malnutrición asociada a hambre, falta de agua potable, agroquímicos, etc.
- La falta de una educación en salud sexual y salud reproductiva; se debe abordar por separado, ya que la salud sexual humana no tiene una expiración biológica a diferencia de la salud reproductiva que sí está vinculada a una franja etaria de las personas.

Pregunta 2 para el debate: *¿Qué podemos hacer desde el sector salud para intervenir estos determinantes de la salud?*

- Implementar y cumplir la resolución 695 dentro del Ministerio de Salud, para respetar el nombre social de las personas trans.
- Accesibilidad de medicamentos, con la facilidad de retirarlos en las USF.
- Cumplimiento de la Ley 3940, en cuanto a la confidencialidad de estados serológicos en personas que viven con el virus del sida.
- Cumplimiento del Código Sanitario e implementación de sanciones a quienes lo incumplan.
- Utilizar energía no contaminante generada por Itaipú.
- Se deben descentralizar los servicios de salud y empoderar a las USF como primera puerta de acceso a los servicios de salud.
- Fortalecer los servicios de salud en habilidades receptivas y amigables hacia los usuarios.
- Las políticas en el lugar de trabajo deben ser modificadas y adecuadas para generar ambientes laborales saludables.
- Involucramiento de otros ministerios para garantizar el abordaje integral de la salud de las personas, como el Ministerio de Educación, Ministerio del Trabajo y Ministerio de Justicia. La salud es una cuestión multisectorial, por lo tanto, debe tener una respuesta multisectorial que involucre a todos los actores; además, se deben involucrar otras entidades, como IPS y los seguros privados de salud.
- Análisis y adecuación de políticas públicas (ordenanzas y leyes) para derribar barreras que impiden el acceso integral a la salud de las personas, según las necesidades y los derechos de las personas con un enfoque de derechos humanos.

- Invertir en la formación de profesionales de salud en temas relacionados con derechos humanos, estigma y discriminación.
- Diseñar planes de salud a nivel local y regional, que involucren a la comunidad en el diseño de las estrategias de abordaje de las necesidades de salud, teniendo en cuenta la interculturalidad, los estilos de vidas e idiosincrasias, con enfoque de derechos humanos.



**Aportes para
avanzar hacia la
Salud Universal**
para todos y todas, en todas partes

Aportes para avanzar hacia la Salud Universal

para todos y todas, en todas partes



Salud universal
Acceso y cobertura para todos



TESÁIHA TEKÓ
PORÁVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperá ko'ága guive
Construyendo el futuro hoy



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas