

Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equitativa



Filosofía Política

Partimos de la premisa que la vida representa el valor ético supremo y que la salud es un bien inseparable de ella.

El derecho a la salud presupone el derecho a la vida, la vida como expresión sagrada de nuestra existencia que amerita el respeto máximo de cada uno, sobre todo, de los que tienen la responsabilidad máxima de protegerla, o sea, los agentes del estado.

Este derecho no se da sólo por la existencia de servicios de salud, sino que también es el resultado del acceso a un ambiente y a condiciones de vida que sean compatibles con la dignidad del ser humano. Es el resultado también de la capacidad de cada nación de movilizar, organizar y utilizar todos sus recursos para transformar sus servicios y ponerlos al alcance de la gente, en un marco de bienestar y calidad de vida como principio fundamental.

En nuestro país, no tenemos razones para estar orgullosos con lo que se hizo históricamente por la salud de nuestro pueblo. Los modelos que adoptamos a lo largo de nuestra historia han sido ineficientes, incapaces de dar mínimas respuestas a los problemas más elementales. La ineficiencia y el rotundo fracaso del sistema se expresan hoy como una dramática deuda social acumulada en salud.

Esta deuda social expresada en número de muertes y sufrimiento nos demuestra que los modelos utilizados no sólo han sido ineficientes e inequitativos, sino que desde el punto de vista ético son inaceptables.

Por estas razones y para que el derecho a la salud sea efectivamente un derecho es que nos sostenemos en cuatro principios fundamentales que son la universalidad, integralidad, equidad y participación ciudadana.

El primer principio es la universalidad, que se expresa como el derecho a la salud de todos los habitantes de nuestro país e implica la satisfacción de las necesidades de todas y todos, para todas y todos, en todas las respuestas que necesitan, pues la atención a la salud es una necesidad de todas las capas sociales. Qué familia de medianos recursos puede pagar por el tratamiento de una enfermedad grave y prolongada sin empobrecerse y qué familia pobre del país puede enfermarse sin pagar por los costos de su enfermedad sin convertirse en miserablemente pobre.

El segundo principio, que es la integralidad, parte de la concepción que la persona es una totalidad y que eso representa dar respuestas globales a sus necesidades, desde las más simples hasta las más complejas, desde la atención a sus problemas de salud más primarios hasta sus patologías más graves, en un espacio de relación con el medio ambiente, educación, vivienda, trabajo, etc.

En tal sentido, las condiciones de bienestar o calidad de vida que las personas tenemos es lo que determina la forma en que vivimos, enfermamos y morimos. Una vida de calidad incluye la garantía de todos los derechos que no son divisibles sino interdependientes. No basta con tener derecho al trabajo si los empleos no dan suficiente paga, no basta tener salarios si lo que ganamos lo gastamos en su totalidad en comprar medicamentos.

Si no tenemos seguridad, acceso a la justicia y a la seguridad social sin pagar coimas, o apelar al prebendarismo y al clientelismo, no tenemos derechos. **Los derechos no pueden ser divididos en pedazos, si falta un derecho, faltan todos los derechos. O se cumplen todos los derechos o no hay estado de derecho.**

Por lo tanto, el derecho a la atención no puede ser solamente para las enfermedades simples o los medicamentos baratos. El derecho a la atención de la salud debe cubrir todo, desde la consulta médica por una gripe hasta la terapia intensiva, del acceso a la nutrición adecuada al medicamento para la patología más compleja. Este es el sentido que tiene una política social universal y solidaria.

El tercer principio guía para la elaboración de nuestra propuesta de políticas públicas en salud **es la equidad** lo que significa igualar por lo más, por la justicia. Significa reconocer que las personas no necesitamos iguales respuestas a nuestras necesidades porque no tenemos las mismas necesidades. Nos diferenciamos por condiciones sociales, edad, género, etnia, y eso significa recibir respuestas diferenciadas, ofreciendo a cada quien según su necesidad, equiparando oportunidades, elevando la calidad del bienestar para arriba y disminuyendo de esta manera las diferencias inequitativas entre grupos sociales, es decir, **mirar la realidad desde la perspectiva de la justicia social y desde un estado de bienestar.**

El cuarto elemento fundamental de la filosofía política de la salud como derecho, es la participación social de individuos y organizaciones con la posibilidad de diseñar respuestas según las necesidades de la comunidad; con participación y capacidad de decisión en la gestión y control para la transparencia de las respuestas del estado. Participación social ejercida a través de organizaciones sociales, comisiones vecinales, cooperativas, organizaciones juveniles, grupos de iglesias, asociaciones, gremios, sindicatos, ONG, entidades filantrópicas y entidades deportivas entre otras. Participación social ejercida también a través del Consejo Nacional de Salud, así como de Consejos Departamentales y Distritales que aseguren la participación activa con poder en la toma de decisiones.

En el Paraguay se mantiene desde hace mucho tiempo una tremenda deficiencia en salud y en el acceso a la atención entre los diferentes grupos sociales y regiones del país, a pesar de que las leyes existentes rigen a su favor. Ésta es y fue la forma de crear un sistema de relaciones de clientelismo y prebendarismo que frente a la ausencia del derecho coloca a las personas en una posición mendicante, saqueando de ésta manera su dignidad. Por esta razón, la salud se transformó en la moneda más corriente y valiosa del prebendarismo de los sucesivos gobiernos colorados.

Partiendo del valor fundamental de la vida planteamos una ruptura radical con el sistema vigente durante 60 años en el Paraguay, creando un Sistema Nacional de Salud solidario, para la gente y con la gente.

Desde una concepción filosófica que reivindica la universalidad, integralidad, y equidad con fuerte participación social proponemos transformar la cultura de la muerte en una cultura de la vida apoyados en Nuestra Carta Magna y Leyes Vigentes.

Apostamos por un Sistema Público Nacional de Salud incluyente y solidario, al servicio de todos los habitantes de nuestra patria, con participación ciudadana para una gestión de gobierno transparente.

Contenido Programático

Propuestas derivadas de la filosofía

Partiendo de lo expuesto en el apartado de filosofía política nos proponemos:

1. Garantizar desde las Políticas Públicas el derecho a la salud como un derecho humano, lo que implica:

- a) Garantizar el derecho a la asistencia sanitaria con universalidad, integralidad, equidad y gratuidad. Esto es, acceso a los servicios de salud en igualdad de oportunidades para todos, independientemente de las condiciones socioeconómicas, políticas, religiosas y étnicas; acceso gratuito universal porque la salud es la misma vida y la vida vale lo mismo para todos. Garantizar el derecho a la asistencia sanitaria significa también que el Sistema Nacional de Salud (SNS) estará organizado de tal forma que pueda dar respuesta gratuita a todos los problemas de salud de la gente, desde los más simples a los más complejos. Esta respuesta es hasta tal punto responsabilidad del Estado a través del SNS que éste estará articulado entre sus diferentes servicios para satisfacer las necesidades del paciente de forma coordinada, responsable y eficaz sin necesidad de que las personas mendiguen asistencia de un Centro de Salud a otro, de un Hospital a otro.
- b) Garantizar el derecho al bienestar, es decir, el derecho a gozar de una vida plena teniendo las oportunidades necesarias para ello como son empleo con condiciones laborales dignas, vivienda confortable, acceso a la educación, alimentación, a las oportunidades de ocio, diversión y culturales. Éstas son condiciones que deciden si nos enfermamos o no, es decir, nuestra calidad de vida decide si vamos a vivir bien o no. Garantizar el derecho al bienestar supone la coordinación de todas las instituciones públicas que intervienen en estos condicionantes. Desde las Políticas Públicas de Salud esta coordinación se materializará en la gestión social de los territorios sociales.
- c) Garantizar el derecho a la participación como ejercicio pleno de la ciudadanía, esto es, crear los mecanismos necesarios para una participación ciudadana con poder de decisión para el control y la transparencia de la gestión del Estado.

2. Implementar las políticas de salud a partir del marco legal vigente. Esta visión del derecho a la salud como derecho a la vida se puede hacer realidad desde las leyes que tenemos actualmente: la Constitución Nacional de la República del Paraguay del año 1992 que garantiza la salud como un derecho y confiere al Estado la función de protección y promoción de la salud; la Ley 836/80 Código Sanitario que regula las funciones del Estado en lo relativo al cuidado integral de la salud; y la ley 1032/96 y sus decretos por la que se crea el Sistema Nacional de Salud. Por tanto no es que no tengamos leyes sino que éstas no se cumplen y tratándose del derecho a la vida es una situación gravísima. Podemos decir que Paraguay está en

situación de emergencia nacional, porque el derecho a la vida, el más alto valor del ser humano, es violado diariamente.

3. Rechazar toda política o programa de focalización excluyente, esto es, políticas y programas cuyas respuestas vayan enfocadas a determinados grupos sociales y/o determinadas necesidades. Urge hacer un cambio radical de mentalidad para dar respuesta a los problemas de salud que tenemos en nuestro país porque solemos responder con programas específicos dirigidos a determinados grupos o problemas, olvidando a los demás, violando así la universalidad e integralidad. Por ejemplo, atención gratuita sólo para determinadas edades y grupos sociales: al veterano sí, al anciano no, el parto sí la cesárea no. Nuestro objetivo es que todos encuentren atención y solución a sus problemas de salud. Se comenzará por los que tienen más necesidad, sin desatender a los demás, empezando por lo más urgente y continuando hasta dar solución a todos, con una progresión sucesiva en el enfrentamiento de los problemas.

4. Implementar la Atención Primaria en Salud.

Significa asumir responsabilidad institucional en la atención de la salud y calidad de vida de la gente que vive en un determinado territorio.

La Atención Primaria en Salud (APS) es el medio fundamental a partir del cual se articula el Sistema Nacional de Salud (SNS) para:

Garantizar el acceso universal, equitativo y gratuito a la atención sanitaria tanto en las unidades de APS (UAPS) como en el resto de los servicios del sistema.

Disminuir las vulnerabilidades y fragilidades sociales mediante cambios en la capacitación de la comunidad.

Reducir la exposición a riesgos mediante cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud.

Mejorar los mecanismos y las oportunidades de participación de la población.

Combatir la pobreza y erradicar muertes y enfermedades innecesarias, es decir, es la herramienta fundamental para mejorar los índices socio-sanitarios de nuestro país.

La atención Primaria en Salud es junto con la Red de Urgencias la puerta de entrada a la atención de la población, no el único, pues estará coordinado con otras redes como la red de ambulancias y otras.

5. Promover la participación ciudadana desde los territorios sociales. A cada Unidad de APS le corresponde un determinado territorio al que llamamos territorio social porque es donde vive la población y donde se dan o no las condiciones para tener una vida digna.

En cada territorio social se formarán grupos de gestión social que son grupos integrados por miembros de la comunidad con el objetivo de promover la calidad de vida en el territorio. En estos grupos tendrán participación otros sectores como transporte, ambiente, saneamiento básico, educación, alimentación y vivienda entre otros.

De esta forma, los territorios sociales conformados alrededor de las Unidades de Atención Primaria en Salud, serán el lugar donde convergerán y se articularán los diferentes sectores sociales, lugar a partir del cual se hará posible la participación ciudadana con capacidad de decisión que es el camino hacia la democratización del país.

6. Romper con el sistema actual que es un sistema perpetuador de la pobreza.

Como ya mencionamos, una familia de medianos o altos recursos sobrevive adecuadamente hasta que la enfermedad llama a su puerta empobreciéndolos, y una familia pobre se hunde en la miseria absoluta ante la enfermedad de alguno de sus miembros. La enfermedad nos hunde en una cadena de empobrecimiento progresivo que hay que romper definitivamente. Un sistema de salud universal y gratuito interrumpiría esta cadena de empobrecimiento para todos los sectores.

Hay que entender que la gratuidad no es un regalo ya que por medio de un sistema justo y adecuado de impuestos un país puede sostener los gastos en salud para todos sus habitantes.

Por tanto,

Queremos y nos proponemos:

- *Garantizar el derecho a la salud como un derecho humano que contempla el derecho a la asistencia sanitaria, al bienestar y a la participación. Garantizarlo con universalidad, integralidad y equidad.*
- *Implementar las políticas de salud a partir del marco legal vigente, Constitución Nacional y ley 1032.*
- *Rechazar la focalización excluyente, esto es, el enfoque exclusivo de las respuestas para determinados grupos poblacionales y/o necesidades específicas.*
- *Implementar la Atención Primaria en Salud y Red de Urgencias articuladas con una Red de Especialidades y una Red Hospitalaria, gratuitas y para todos.*
- *Promover y afianzar la participación ciudadana para la promoción de la calidad de vida en los diferentes territorios sociales. La participación ciudadana permitirá dar respuestas integrales a las necesidades del territorio, integrando saneamiento básico, ambiente, educación y soberanía alimentaria entre otros.*
- *A través de la gratuidad y el acceso universal a la salud, romper con el sistema actual de perpetuación de la pobreza basada en la inequidad en el*

Situación actual, Paraguay en cifras

El primer problema que se nos presenta al intentar analizar la situación de nuestro país es la falta de datos. El sistema de información en salud es totalmente deficiente por lo que no "sabemos bien" lo que está pasando y consecuentemente lo que no se sabe no se puede denunciar ni solucionar.

El subregistro de nacimientos se estima en 49,5%. De cada 100 niños que nacen 49 no son registrados, no constan como ciudadanos paraguayos. Si mueren o enferman no importa porque en realidad no existen.

El subregistro de defunciones es de 37%, o de otra forma, de aproximadamente cada tres personas que fallecen, de una persona no se sabe que falleció, y menos aún la causa de su muerte.

La tasa de mortalidad infantil es de 17,6 por mil nacidos vivos pero si tenemos en cuenta el subregistro existente alcanzaría el 33,8 por mil nacidos vivos, una tasa realmente alta.

Sólo la mitad de los certificados de defunción son directamente realizados por un médico a pesar de la obligatoriedad de ello. A esto se añade que en el 21% de los certificados la causa de muerte está mal definida.

Además, el subregistro de nacidos vivos y de defunciones no es igual en todo el país, hay diferencias por regiones, aumentando éste en las zonas rurales y más deprimidas económicamente.

Causas de mortalidad

Las principales causas de mortalidad en el Paraguay son:

Enfermedad del sistema circulatorio: 15,3%

Tumores: 14,1%

Por enfermedad cerebrovascular: 9,1%

Por enfermedad del aparato respiratorio: 6,0%

Causas externas, traumatismos y violencia: 5,7 %

Podemos sumar a estos datos que el 1,2% de la población muere por diarrea, 0,9% por tuberculosis, 1% de enfermedades nutricionales y anemia. Entre los niños de 1 a 4 años el 10,3% muere por causas externas como accidentes y traumatismos, 8,8% por neumonía e influenza, 7,7% por diarrea, 5,5% por enfermedades nutricionales y anemia.

Los paraguayos morimos de lo que no hay que morir.

Acceso al sistema de salud

El 38,3% de las personas que se enferman o accidentan no consultan, 15,5% de éstos no lo hacen por carecer de recursos.

El 78,3 % de los paraguayos carece de cualquier seguro de salud, sólo 20% tienen protegida su salud.

Existe además una inadecuada distribución de los recursos humanos: el 70% de los profesionales de la salud se concentran en Asunción y Departamento Central, siendo que acá sólo vive el 30% de la población.

Apreciamos por tanto una alta inequidad en el acceso a la salud para los paraguayos, la mayoría no puede acceder a él, y los que acceden se encuentran con un sistema altamente fragmentado que tampoco responde a sus necesidades.

Acceso al agua potable y la vivienda

Seguimos constatando inequidades: sólo el 46,3% de la población tiene acceso al agua potable, existiendo grandes diferencias entre el medio urbano y el rural.

En cuanto a la vivienda existe un déficit de 500.000 viviendas según la CONAVI.

Pobreza, enfermedad y muerte en el Paraguay, consecuencia de la injusticia social.

La pobreza extrema aumentó en nuestro país entre el año 2005 y 2006. Como constatan las fuentes de la DGEEC, la pobreza extrema que era de 15,5% en el año 2005 pasó a ser 21% en el 2006. El total de pobres en este periodo aumentó de 38,2% a 42%.

La desnutrición en menores de 5 años afecta al 6,4% de la población pobre, dato que nos habla no sólo de hambre, sino también de falta de empleo, de acceso a la educación, de saneamiento básico y de enfermedades asociadas.

La tasa de mortalidad materna nos ubica en uno de los países con más alta tasa, 128,8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Si consideramos la diferencia por regiones observamos que es mucho más alta entre la población indígena, rural y pobre, mientras que en Asunción es de 82,4 por 100.000 nacidos vivos en Presidente Hayes es de 374,5 por 100.000 nacidos vivos y en Paraguari de 261,4.

Es alto también el número de embarazos adolescentes: 23% de las mujeres entre 15 y 19 años se embarazaron al menos una vez.

El Paraguay, un país en el que la vida no vale igual para todos.

Estrategias de Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud

Nuestra propuesta comienza por lo que llamamos Estrategias de Promoción de Equidad en Calidad de Vida y Salud.

Le llamamos **estrategia** porque lo que proponemos no son sólo actividades y tareas encaminadas a luchar contra una enfermedad sino creemos necesario que hay que comenzar a pensar de otra forma. Mientras no levantemos la mirada y empecemos a ver que la salud no sólo es ausencia de enfermedad sino el derecho a una vida digna y plena; mientras no veamos que la causa de los problemas no es una y simple, sino muchas y complejas, que el empleo, el ambiente, el agua, la vivienda, la educación inciden en nuestra calidad de vida; mientras no nos revelemos e indignemos ante las injusticias y desigualdades sociales; mientras sigamos creyendo que son otros los que tienen que trabajar y no nos esforcemos por construir la democracia desde la participación ciudadana, seguiremos inútilmente empeñándonos en dar respuestas cortas y simples que no cambiarán nada sino todo lo contrario, seguirán perpetuando la pobreza, la miseria, la insatisfacción.

Decimos que es **promocional** porque no se trata sólo de luchar por eliminar lo que no nos gusta, sino que además hay que pensar en construir lo que queremos: mejor vida para todos. Hay que pensar y desarrollar acciones que consigan que todos podamos vivir una vida que valga la pena, una vida que nos haga sentir a todos realizados y satisfechos porque hemos desarrollado todas nuestras capacidades humanas.

Hablamos primero de **calidad de vida** porque entendemos que para llevar una vida digna tenemos que tener garantizados el derecho a la educación, al empleo, a la vivienda, a la seguridad social y a la participación entre otros.

Estamos hablando entonces de alcanzar el desarrollo humano integral, en todas las facetas de nuestro ser personas, y con equidad, para todos y todas sin diferencias injustas e innecesarias que atentan contra la dignidad del ser humano.

Nuestro punto de partida es declarar lo que no queremos para nuestro país como expresión de que queremos llegar a alcanzar el máximo desarrollo de las personas desde los conocimientos, recursos y voluntad política que tenemos. Declarar **tolerancia cero** significa que nuestro horizonte, nuestra meta, está en no admitir más enfermedades, sufrimientos y muertes innecesarias. No podemos admitir más como normal aquello que se puede eliminar y está ocasionando dolor en la gente. No podemos marcarnos pequeños objetivos y disminuir así las necesidades. El presupuesto en salud debe ser acorde a las necesidades de la gente y no al revés, paliando las necesidades según con lo que se cuente.

Declarando intolerable lo que no queremos, iremos **progresivamente** llegando a lo que queremos, es esta la forma de no rebajar necesidades caminando hacia la satisfacción de todas.

Para dar respuesta a la complejidad que tiene la realidad nos proponemos tener en cuenta todas las etapas de la vida, considerándola desde antes del nacimiento hasta la muerte. Por esto planteamos primeramente cinco estrategias de promoción de la equidad de vida y salud según los ciclos vitales.

Existen diferentes condiciones que cruzan todos los ciclos vitales y que determinan nuestra forma de vivir, enfermar y morir como son:

- Condicionamientos dados por la clase social a la que pertenecemos, el lugar donde vivimos y trabajamos, el género y la etnia.
- Condicionamientos colectivos que vienen dados por el grado de cobertura de protección social como son el empleo y el ingreso, la seguridad social, la asistencia social, la educación, vivienda, cultura, recreación y deporte.
- Condicionamientos particulares tales como ocupación, nutrición y seguridad alimentaria, exposiciones ambientales, discapacidad, actividad física y adicciones.
- Condiciones que amenazan nuestra autonomía como son las enfermedades crónico-degenerativas, las enfermedades transmisibles, los traumatismos, condiciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, con la salud oral y la salud mental.

Teniendo en cuenta estos condicionamientos que determinan la calidad de vida y por tanto nuestra salud, es que proponemos en segundo lugar estrategias de promoción de equidad en calidad de vida y salud según las principales amenazas a la dignidad y autonomía de las personas.

Esta construcción política propone un enfoque para mantener y desarrollar la autonomía de las personas a lo largo de toda su vida. Autonomía entendida como la libertad de cada individuo de ejercer sus capacidades dentro del marco de las oportunidades que la sociedad y el Estado le brindan.

PROYECTOS DE PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD SEGÚN LOS CICLOS VITALES

Partiendo del hecho que cada etapa de la vida tiene sus necesidades y de que la vida hay que cuidarla desde antes de nacer hasta el final, proponemos los siguientes proyectos:

Promoción de la equidad en calidad de vida y salud en la infancia
(0 a 11 años)

Promoción de la equidad en calidad de vida y salud del adolescente y del joven
(12 a 24 años)

Promoción de la equidad en calidad de vida y salud de los adultos
(25 a 55/60 años)

Promoción de equidad en la calidad de vida y salud de los ancianos
(55/60 años o más)

Proyecto Mujeres Paraguayas

Visión cero para:

- Mortalidad materna por causas obstétricas evitables.
- Muertes por aborto.
- Partos no asistidos por profesional calificado y humanizado.
- Bajo peso al nacer.
- Transmisión vertical del VIH y sífilis / cero incidencia de ETS.
- Embarazos no deseados.
- Violencias contra la mujer.
- Diagnóstico y tratamiento tardío para displasias y cáncer de cuello uterino y mamas.
- Tabaquismo activo y pasivo.
- Urgencias hipertensivas, cardíacas y metabólicas.
- Malnutrición, desnutrición y obesidad femenina.
- Falta de atención odontológica.
- Analfabetismo y no escolarización.
- Falta de agua potable y saneamiento.
- Mujeres maltratadas.
- Mujeres sin protección en salud mental.

Proyecto Hombres Paraguayos

Tolerancia cero para:

- Tabaquismo activo y pasivo.
- Alcoholismo.
- Muertes por accidentes y violencias.
- Actores de violencia.
- Diagnóstico y tratamiento tardío de cáncer de próstata, piel, boca, pulmón y estomago.
- Obesidad.
- Sedentarismo y desgaste físico.
- Dolor por problemas osteo-articulares.
- Hipertensión y diabetes y cero diagnóstico y tratamientos tardíos.
- Muerte por infarto miocárdico antes de los 55 años.

La Infancia solo se vive una vez

Tolerancia cero para:

- Mortalidad antes de los doce años de edad.
- Para las hospitalizaciones por enfermedades respiratorias.
- Para morbilidad por diarrea.
- Para morbilidad por accidentes y violencias.
- Para el dengue, fiebre amarilla y otras enfermedades transmisibles por vectores.
- Para falta de cobertura en inmunizaciones.
- Para el bajo peso al nacer.
- Para la nutrición inadecuada – ni flacos ni gordos.
- Enfermedades metabólicas genéticas no diagnosticadas.
- Incidencia de VIH, Sífilis y ETS por transmisión vertical.
- Ausencia de acceso a APS, urgencias, atención especializada y hospitalizaciones en toda su complejidad.
- Subregistro de nacimientos, defunciones y morbilidad.
- Falta de acceso al agua potable, saneamiento, vivienda adecuada, transporte adecuado y seguro, ambientes libres de contaminantes.
- Deserción escolar.
- Ausencia de ingreso mínimo familiar.
- Drogodependencia infantil.

En Familia, Paraguay protegiendo a sus Ancianos

Visión cero para:

- La falta de seguridad social y de ingreso mínimo necesario.
- La falta de seguridad alimentaria.
- La falta de asistencia farmacéutica.
- El aislamiento educativo y cultural.
- Ancianos sin médicos y enfermeros de familia.
- Morbilidad y mortalidad por accidentes y violencias.
- La falta de acceso a agua potable, saneamiento y vivienda.
- servicios de urgencias no preparados para atender a los ancianos.
- La falta de servicios de cuidados diurnos.
- La falta de cuidados supervisados y apoyados para ancianos encamados en domicilio.

Vida Joven Paraguay Vida y Alegría de Adolescentes y Jóvenes

Tolerancia cero para:

- Accidentes y violencias
- La no escolarización
- El embarazo indeseable y la desprotección frente a las ETS
- El desamparo social y la inseguridad pública
- La ausencia de atención médica apropiada
- La inequidad en el acceso a los estudios universitarios.
- La explotación laboral de adolescentes y jóvenes.

PROYECTOS DE PROMOCIÓN DE LA EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD SEGÚN LAS PRINCIPALES AMENAZAS A LA DIGNIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Paraguay, País Protector De La Vida

Tolerancia cero para:

- La mortalidad por accidentes y violencias
- La inseguridad de sus habitantes y los que lo visitan
- La ausencia de espacios protectores de la vida construido por comités de gobierno, empresas y comunitarios, de escuelas protectoras, locales de trabajo protectores, transporte protector, servicios de salud protectores...
- La ausencia de debates de interés público, de control del alcohol, de control en la concesión de registros del conductor.

Paraguay, un Territorio con Ambiente libre de exposiciones sociales a las Enfermedades

Visión cero para:

- Exposición al dengue, malaria , chagas y fiebre amarilla.
- Hepatitis, hantavirus, cólera, peste.
- Nuevos casos de tuberculosis.
- Casos de rabia.
- Uso de agrotóxicos que amenazan la vida y son prohibidos en otros países, cero uso de agrotóxicos sin protección.
- La disposición inadecuada de desechos.
- Enfermedades, urgencias y muertes por los agrotóxicos y otros contaminantes industriales.
- La falta de tratamiento adecuado de residuos sólidos, como neumáticos y residuos hospitalarios.

Paraguay, un país que nos protege de la enfermedad

Tolerancia cero para:

- Niños, adultos y ancianos obesos.
- La inactividad física y falta de espacios apropiados para el deporte.
- La falta de recursos para tener una alimentación sana y equilibrada.
- Pacientes hipertensos no diagnosticados.
- Pacientes hipertensos sin control ni tratamiento.
- Diabéticos no diagnosticados.
- Pacientes diabéticos sin control ni tratamiento.
- Alcoholismo en todas las etapas de la vida.
- Sedentarismo para niños, jóvenes, adultos y ancianos.
- La propaganda y acceso fácil al alcohol.

Paraguay, un país que promueve la salud mental

Visión cero para:

- La violencia intrafamiliar.
- La emigración de padres a otros países.
- El abuso sexual.
- Las frustraciones por falta de oportunidades de empleo.
- Las frustraciones por ingresos incompatibles con una existencia digna.
- La falta de acceso a los servicios de salud mental.
- La falta de tiempo de los padres para la adecuada educación y protección afectiva de sus hijos.
- La sobrecarga de alumnos en las aulas.
- La violencia en los medios de comunicación social, protección real del horario del menor.
- El suicidio en cualquier etapa de la vida.
- La deprivación afectiva de niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos.
- La falta de redes sociales de apoyo integral.
- La adicción en todas sus formas: alcohol, psicofármacos, ludopatía, drogas.
- Las hospitalizaciones psiquiátricas crónicas e innecesarias, desmanicomialización.
- La falta de comunidades terapéuticas.
- Las condiciones infrahumanas de los centros de hospitalización psiquiátrica.

Salud Sexual y Reproductiva

Visión cero para:

- Transmisión vertical de VIH y sífilis

- Enfermedades de transmisión sexual
- La falta de acceso a planificación familiar.
- El abuso sexual.
- El diagnóstico y tratamiento tardío de displasia y cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

Paraguay, un país donde el trabajo dignifica a la persona

- Cero enfermedades ocupacionales por ambientes laborales insalubres.
- Cero a la falta de control de los ambientes laborales: medidas de protección frente a traumatismos, inhalaciones
- Cero a síndromes de estrés y fatiga crónica por falta de descanso semanal obligatorio y horarios laborales sobrecargados.
- Cero empleadas domésticas no protegidas por el código laboral, cero a la explotación de la mujer.
- Cero falta de seguridad social para cualquier trabajador.
- Cero falta de protección social para los trabajadores desempleados.
- Cero falta de protección social para el trabajador/a enfermo.
- Cero falta de protección para la mujer embarazada y madre lactante.

Integración para personas con discapacidad e igualdad de oportunidades para una vida independiente

- Cero barreras arquitectónicas para los discapacitados, cero falta de acceso al transporte público.
- Cero a la falta de educación inclusiva para niños discapacitados.
- Cero a la falta de medios adecuados para desarrollar una vida digna y plena.
- Cero a la falta de seguridad social para los discapacitados.
- Cero falta de acceso a un empleo digno, cero falta de cumplimiento legal para las plazas habilitadas para discapacitados.
- Cero a la falta de datos e información sobre la realidad que viven las personas con discapacidades.
- Cero a la falta de fisioterapia, de rehabilitación y de desarrollo de la autonomía.
- Cero a la inequidad en el acceso a los servicios públicos de salud.
- Cero a las respuestas inequitativas para los distintos tipos de discapacidad.
- Cero tolerancia a las causas prevenibles de todas las discapacidades, incluyendo las causas traumáticas, infecciosas, degenerativas o de salud mental, además de lo referente a la mala calidad de atención en salud.
- Cero a los abusos y violaciones por su condición de vulnerabilidad.

Seguridad Alimentaria

Visión cero para:

- Renta familiar insuficiente para cubrir una alimentación sana y variada.
- Productos alimenticios no registrados en el INAM.
- La utilización de productos agrotóxicos contaminantes.

Adicciones**Tolerancia cero para:**

- La violencia intrafamiliar.
- Las frustraciones por falta de oportunidad de empleo
- Las frustraciones por ingreso incompatible con una vida digna.
- A la privación afectiva de niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos.
- La ausencia de espacios adecuados para el tiempo de ocio.
- La ausencia de espacios culturales y deportivos.
- La propaganda relacionada con el alcohol, tabaco y otras dependencias.

Redes de Atención a la salud

Situación actual de la red

La red sanitaria actualmente está desarticulada y sin capacidad para dar respuesta a los problemas en salud de la población paraguaya.

Destacamos como principales deficiencias las siguientes:

- Inexistencia de la Atención Primaria en Salud como política de Estado. La APS está mercantilizada, altamente focalizada, e incluida en un SNS que se encuentra desarticulado, fragmentado y centralizado.
- Alta corrupción en el sistema, evidenciada por ejemplos cotidianos de coimas para la adquisición de fármacos, o medicamentos que no llegan a su lugar de destino.
- La falta de aplicación del marco legal vigente que garantiza la salud como derecho y erige al Estado en garante de éste.
- Dispersión de los recursos. Existen recursos para el sector salud pero éstos se dispersan fácilmente y no mejoran las condiciones en salud y calidad de vida por la falta de coordinación entre los diferentes sectores que influyen en ellas y la falta de políticas públicas unificadas, es decir, hay planes y programas pero sin articulación entre ellos.
- La participación social es extremadamente baja por no decir nula. Las escasas experiencias no tienen peso político porque la participación ciudadana carece de capacidad de decisión y control sobre las gestiones del Estado.
- Se evidencia falta de recursos humanos y físicos a pesar de contar en algunos lugares con infraestructura adecuada.
- Existe una concentración de recursos humanos y de infraestructura en Asunción, y un déficit alarmante en el resto del país.

Organización de las Redes de atención en el Sistema Nacional de Salud

Nuestra propuesta es adoptar una política pública que promueva equidad en calidad de vida y salud con el imperativo ético de responder a las necesidades sociales.

Es adoptar un **modelo de atención capaz de dar respuesta suficiente y coherente**, orientando el sistema público de salud desde las necesidades sociales y desmontando cualquier tipo de exclusión, lo que convierte la lucha por la salud y el bienestar del pueblo en una política de estado.

Para poder responder a las necesidades de la gente con universalidad, equidad, integralidad y participación ciudadana proponemos instalar un Sistema Nacional de Salud integrado y articulado a través de redes de atención en salud que se organizarán alrededor de los proyectos de desarrollo de autonomía mencionados en el apartado de contenido programático.

Estas redes de atención constituirán la cadena de servicios organizados para atender y resolver los problemas de salud tanto individuales como colectivos, desde el más simple al más complejo.

La red de atención estará conformada de la siguiente manera:

Redes principales:

Red de Atención Primaria en Salud

Red de Atención Ambulatoria o Policlínicos de Especialidades

Red de Urgencias

Red de Hospitales

Estas cuatro redes estarán articuladas mediante un Sistema de Comunicación y un Sistema de Regulación médica que estarán a su vez intercomunicados.

Redes complementarias:

Red de Asistencia Farmacológica

Red de Vigilancia en Salud

Red de Rehabilitación

Red de Apoyo Diagnóstico.

Territorios sociales y redes asistenciales

Estas redes asistenciales no pueden estar aisladas de los territorios sociales. Es necesario garantizar el acceso de la gente a estos servicios y que además éstos estén vinculados con otros existentes en el territorio como escuelas, limpieza pública, transportes y seguridad entre otros. A esto le llamamos **gestión social del territorio**.

Para ello la **participación protagónica de los ciudadanos** es el factor clave para responder a las necesidades de la gente a través de planes estratégicos y agendas políticas. De esta forma, la salud entendida como calidad de vida se convierte en el eje articulador de los distintos sectores sociales desde la gestión social en los territorios sociales.

REDES PRINCIPALES

Red de Atención Primaria de Salud (APS)

Estará conformada por unidades de APS, (UAPS)

Cada UAPS, estará integrada por

- 1 medico/a
- 1 licenciada/o en enfermería
- 1 auxiliar de enfermería

- 1 auxiliar administrativo
- 5 agentes comunitarios de salud

A cada UAPS corresponde un área de responsabilidad territorial y social estimada en 3.200 habitantes por lo que se necesitarán un total de 1.875 unidades para cubrir la atención en todo el país.

Estas unidades serán la garantía para el acceso permanente y sin barreras a la atención a la salud para todos, atendiendo desde niños hasta ancianos. Actualmente esta posibilidad de disponer de atención profesional en el territorio en tiempo oportuno no existe. Este problema se agrava en las áreas rurales, donde si bien puede que cuenten con la estructura física de un puesto de salud, no cuentan con profesional médico ni con los recursos necesarios para atender con eficacia los problemas de salud del territorio. Con la creación de estas unidades se garantizará a la ciudadanía el acceso a la salud de forma permanente.

Las unidades de APS contarán con los insumos, equipamiento e infraestructura necesarios para atender las necesidades de la población y alcanzar una alta capacidad resolutive. Con esto nos referimos a que deberán contar con carro de reanimación cardiopulmonar para atender paradas cardio-respiratorias en un primer nivel, sala de partos con el equipamiento físico y farmacológico necesario, mesa y equipo de reanimación neonatal, farmacia con stock suficiente y adecuado para dar respuesta a los problemas de salud de la población entre otros.

Se utilizarán, complementarán y readecuarán los recursos físicos existentes en la actualidad. Es decir, utilizaremos los puestos, centros de salud y hospitales existentes, colocando estas unidades estratégicamente con un criterio de fácil accesibilidad para todos. La población más alejada no deberá estar a más de 30 minutos por acceso vehicular.

En cuanto a los recursos humanos, prevemos un sistema de capacitación para profesionales médicos y de enfermería de forma que puedan responder con calidad y eficacia a los problemas de salud que se generen.

Se reordenará la distribución de los recursos humanos, ubicándolos en territorios donde hay ausencia de profesionales. Los profesionales no autóctonos, como sucederá en la mayoría de los casos con el médico y licenciado/a en enfermería, serán retribuidos con un salario que compense adecuadamente el desplazamiento. Actualmente por la falta de incentivos económicos, de acceso a la actualización y a los medios de comunicación como internet, teléfono, radios así como la carencia de infraestructura adecuada para ejercer con idoneidad sus labores, el profesional no desea ni puede establecerse en lugares alejados de los centros urbanos.

Los agentes comunitarios de salud actuarán de gestores en la promoción de la calidad de vida y salud en el territorio. Serán el puente entre el Servicio de Salud y la población, conociendo la realidad geográfica, social y sanitaria del territorio serán de inestimable ayuda para la vigilancia epidemiológica. Por otro lado,

participarán junto a otros actores sociales en los grupos de gestión social del territorio.

Estas unidades de Atención Primaria en Salud tendrán como respaldo y complemento a la Red de Atención Ambulatoria o Policlínicos de Especialidades, a la Red Hospitalaria y a la Red de Urgencias. Todos trabajarán adecuadamente articulados y coordinados.

Veamos dos ejemplos del trabajo articulado en red:

1. Consulto en la unidad de APS por un problema respiratorio grave. Es una consulta de urgencias. El personal está capacitado para evaluarme, y responder con las medidas adecuadas para preservar mi vida, por ejemplo, se me puede aportar oxígeno. Si mi problema no puede ser solucionado en el servicio y sigue siendo de urgencia seré trasladado al Centro de Urgencias que cuente con los recursos para solucionarlo. El problema del traslado no recaerá sobre el paciente ni sobre la familia, sino que será una cuestión interna del servicio de salud que estará organizado como veremos más adelante, para garantizar mi traslado al centro asistencial que necesite.
2. Consulto por un problema en la piel no urgente que necesita la evaluación de un dermatólogo. Entonces seré derivado al Policlínico de Especialidades donde hay un dermatólogo.

Policlínicas Ambulatorias Especializadas

Serán servicios de mayor complejidad que contarán con consultorios de Especialidades médicas que servirán de apoyo a las UAPS en la resolución de los problemas y contribuirán a evitar el traslado de la gente a los centros urbanos más alejados. Se establecerán especialidades médicas básicas con las que contarán todos los policlínicos de forma permanente. Existe otra serie de especialidades que por no responder a patologías frecuentes y contar con pocos especialistas en el país no se encontrarán de forma permanente en la Policlínica, sino éstos que tendrán un sistema de rotación entre Policlínicas establecido de antemano. Contarán además con trabajadores sociales para el enlace con las políticas de protección social.

En muchas de las Policlínicas, para mejor aprovechamiento del espacio físico, se podrán instalar Servicios de Urgencias, salas de Rehabilitación integral así como laboratorios y técnicas de diagnóstico por imagen, servicios pertenecientes a la Red de Urgencias y a la Red de Rehabilitación, Órtesis y Prótesis y a la Red de Apoyo Diagnóstico respectivamente. Una misma estructura física, si tiene capacidad, podrá dar cabida a servicios de una o más redes.

Se estima que por cada 15 unidades de APS debe contarse con una Policlínica, para ello se necesitarán aproximadamente 125 policlínicas para cubrir todo el país.

Habrá un Equipo de salud bucal compuesto por un odontólogo y un técnico en higiene dental por cada dos unidades de APS, para ello se estima necesario aproximadamente 900 equipos de salud bucal.

Red de Urgencias

La Red de Urgencias estará preparada para resolver urgencias de mayor complejidad que las unidades de APS.

Cada 15 unidades de APS deberá contar con un Servicio de Urgencias, por eso, como anteriormente se mencionaba, los Servicios de Urgencias pueden estar ubicados en las Policlínicas de Especialidades.

En los servicios de urgencias hospitalarios y servicios de hospitalización los trabajadores sociales serán el enlace con los proyectos de garantía de seguridad alimentaria, de protección contra la violencia, y otros proyectos que garanticen la seguridad económica y calidad de vida de la gente.

Red de Atención Hospitalaria

Estimamos la necesidad de 1 cama pública por cada 1000 habitantes. En el país hay aproximadamente 6.000 camas sumando camas públicas,(4459), y privadas lo que representa un número suficiente para atender las necesidades de la población paraguaya. En lo que se refiere al sector privado se establecerá un sistema de contrataciones de servicios de forma a aumentar la capacidad de respuesta del sector público.

Es necesaria una reestructuración de las camas hospitalarias pues existen camas sub-utilizadas y no utilizadas adecuadamente por falta de recursos. Hay que devolver su funcionalidad a estas camas optimizando y reordenando su uso y estableciendo una jerarquización hospitalaria. Por ejemplo, existen camas utilizadas por pacientes durante largo tiempo para enfermedades que no requieren una hospitalización prolongada, porque se necesita un estudio que se demora por la falta de recursos económicos de la familia. El uso de una cama hospitalaria supone un alto costo, tanto o más quizás que la realización de ese estudio diagnóstico, es éste un problema que se solucionaría con una gestión adecuada de los servicios de salud. Otro ejemplo, a veces en un hospital hay camas vacías de un servicio pero no se ingresa a un paciente que requiere hospitalización porque su enfermedad es de otra área, o hay una cama disponible en otro hospital pero se desconoce. Estos problemas se solucionarían con un sistema adecuado de regulación de las camas hospitalarias que explicaremos más adelante. Un último ejemplo, existen camas de terapia que no pueden ser utilizadas por la falta de recursos humanos y técnicos y de infraestructura adecuada.

SISTEMAS DE APOYO ARTICULADOS CON LAS REDES PRINCIPALES

Sistema de Comunicación entre Servicios

Se establecerán sistemas adecuados de comunicación entre los diferentes servicios para mejorar la calidad de la asistencia, la calidad del servicio, la comunicación entre profesionales así como para poder establecer un control de calidad.

Se utilizarán inicialmente los medios al alcance, para avanzar posteriormente hacia nuevas tecnologías.

Sistema de Transporte

Unidades de transporte social

Constituirán un sistema de transporte de enfermos en los casos en los que no exista riesgo para la vida. Por ejemplo, traslado de determinados enfermos para el servicio de hemodiálisis, traslado de pacientes a los centros de rehabilitación, traslado de un paciente para la realización de un estudio diagnóstico.

Unidades Móviles de Soporte Vital-Ambulancias

Necesitamos contar con ambulancias de tipo:

- 1- básico
- 2- avanzado

Se estiman 115 unidades de soporte básico, éstas estarán compuestas por una ambulancia con chofer y la asistencia de un técnico o una enfermera.

Se estiman 35 unidades de soporte avanzado que se compondrán de ambulancia con chofer, un médico y una enfermera especializados. Las unidades móviles de soporte son claves para el traslado de las personas en un radio máximo de 30 a 40 Km a la redonda. Según la gravedad del caso, se utilizara la ambulancia de tipo básico, o la de tipo avanzado que tiene en su interior equipamiento más complejo y completo para dar asistencia durante el trayecto al servicio pertinente.

El sistema de transporte de ambulancias estará regulado por 18 Centros de Regulación operacional distribuidos por los departamentos.

Sistema de Regulación Médica

Para que todo este sistema de Redes de Salud se ponga en marcha y funcione dando satisfacción a las necesidades de toda la población, con calidad en la atención, con respuestas inmediatas y oportunas, garantizando el acceso calificado, debe haber un centro que conecte la oferta con la demanda.

Para eso necesitamos un sistema de regulación calificada que evalúe las necesidades de los pacientes para ubicar la respuesta donde está y cuando sea necesario.

Este Centro de Regulación debe contar con un sistema de comunicación. En los Centros de Regulación se evaluarán las necesidades de los pacientes y se garantizará el acceso a las citas de los ambulatorios especializados y a las hospitalizaciones solicitadas por los médicos en cada Departamento y en todo el

País. Este sistema regulará y controlará de forma permanente la situación de las camas hospitalarias (la que están disponibles, las que serán alta al día siguiente, etc.), citas para Policlínico de Especialidades y estudios diagnósticos. De esta manera se podrá evaluar la efectividad de la respuesta y la responsabilidad de los profesionales relacionados, así como el grado de satisfacción de los usuarios y uso de los recursos.

La idea es utilizar los recursos que tenemos en forma apropiada. Para eso se contará con médicos preparados para realizar la evaluación correspondiente de cada caso y situación y hacer las derivaciones necesarias.

Se necesitarán 18 centros de regulación operacional en todo el País.

REDES COMPLEMENTARIAS

Llamamos redes complementarias a las redes de Atención Farmacológica, Vigilancia en Salud, Apoyo diagnóstico y Rehabilitación.

Red de Atención Farmacológica

Estará constituida por un Servicio de Farmacias ubicadas en los diferentes centros asistenciales, cada uno de los cuales contará con un stock de medicamentos acorde a la complejidad del servicio, asegurando el acceso universal y gratuito a la medicación para cualquier enfermedad.

La posibilidad de acceder a los medicamentos universalmente en forma gratuita constituirá un cambio radical en la vida cotidiana de los ciudadanos. Que toda la población pueda acceder a los medicamentos y centros de atención según sus necesidades y en forma gratuita, cambiará sus expectativas de vida y futuro. Los grupos más vulnerables que padecen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o artrosis entre otras y que precisan medicación continua tendrán resueltas sus necesidades. Si las personas saben que el sistema le garantizará las respuestas a sus necesidades, preservando y asegurando su tratamiento medicamentoso en forma continua, podrán destinar el dinero ahorrado para la satisfacción de otras. El acceso a la medicación para los enfermos crónicos en las Farmacias ubicadas en los servicios de APS evitará la sobrecarga de las consultas clínicas.

La red farmacológica se establecerá dentro de un marco que tomará como base el listado de medicamentos de la seguridad social IPS que sería la meta a llegar, siguiendo los modelos exitosos que allí se adoptaron y le dieron resultados favorables.

La adquisición, distribución y transparencia en la administración de la medicación será objeto de especial atención, cuidando con empeño las manipulaciones que dan lugar a la corrupción para lo cual la participación ciudadana como contralor, será de fundamental importancia.

Red de Rehabilitación

La red de rehabilitación contará con Salas de rehabilitación integral (fisioterapia, terapia respiratoria, terapia sensorial, etc.), se necesitarán 95 salas de rehabilitación en el país, cubriendo todo el territorio nacional.

Todos los hospitales tendrán servicio de rehabilitación integrados a sus áreas de atención. En la atención primaria se incorporará las acciones de rehabilitación con base comunitaria, adaptando además, los ambientes domésticos y comunitarios.

Red de Vigilancia Sanitaria

La vigilancia sanitaria, epidemiológica y ambiental dará lugar a un monitoreo permanente sobre la situación epidemiológica, las condiciones sanitarias y los factores de riesgos para la salud pública, detectando, informando y sugiriendo las medidas de intervención necesarias, tanto las de emergencia, como las de prevención de riesgos o amenazas para la salud pública.

La vigilancia sanitaria, epidemiológica y ambiental se ejercerá mediante una información y comunicación permanente de todos los agentes vinculados a las diferentes redes de servicios, tanto públicas como privados, articulados a un equipo técnico epidemiológico regional y nacional mediante una red de información epidemiológica, informática, telefónica y de registros, que además, recoja la información de los consejos de salud y la línea de atención al ciudadano.

Red de Apoyo Diagnóstico

Esta red estará constituida por el servicio de laboratorio y de imágenes como apoyos diagnósticos. Tanto la Red de Hospitalizaciones como cada Policlínica de especialidades estarán dotadas de un servicio de laboratorio y de imágenes acorde a la complejidad de patologías que se atiendan en ellas. La intención es distribuir el servicio de apoyo de tal manera que no se saturen los hospitales con estudios diagnósticos y así dar respuesta inmediata a las necesidades de las policlínicas y de la Red de APS.

TERRITORIOS SOCIALES

Las acciones se estructurarán desde la **gestión social en los territorios sociales** que son los espacios de vida de la gente, donde se comparte unidad geográfica, social, económica y cultural. Se busca así impactar en los determinantes sociales con equidad lo que significa precautelar y responder a las necesidades y vulnerabilidades de la gente.

La Participación Social

La participación ciudadana es la marca fundamental de la estrategia de la gestión social del territorio como impulsor efectivo de la participación social. Constituye un primer espacio de ejercicio de poder ciudadano, capaz de diluir y desplazar la intermediación prebendaria para el acceso a los servicios públicos de

salud, como también al acceso del agua, saneamiento ambiental, educación, seguridad.

Se trata de construir socialmente la calidad de vida y la salud en los espacios públicos con plena participación de los ciudadanos. Es uno de los ejes fundamentales en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas en salud y calidad de vida y es el motor dinamizador de las unidades de Atención Primaria de Salud, a través de sus múltiples instancias de participación como Consejos Comunitarios de Calidad de Vida, Consejos Locales, Departamentales, y Nacionales donde el protagonismo de los ciudadanos esté asegurado desde la instancia institucional y en igualdad de condiciones.

La participación supone formar parte de la toma de decisiones, la formulación de propuestas, y el control de la gestión pública para transparentar y asegurar la satisfacción de las necesidades y la administración de los recursos.

Esta participación se orienta hacia la construcción de ciudadanía. Por este medio, las personas y las organizaciones accederán progresivamente a construir y realizar sus propios intereses frente a las instituciones del Estado y los poderes supranacionales.

La participación pública permite al ciudadano convertirse en el rector de su propio bienestar, el de su familia y de su comunidad, le permite elegir la manera en que quiere vivir, lo que colocaría al estado como el garante de los servicios que las personas consideran necesario para asegurar la calidad en su modo de vida. Su participación le permitirá vigilar los fondos financieros, teniendo un acceso directo al control de licitaciones en la compra de medicamentos, insumos hospitalarios, como así también, al manejo de los recursos humanos.

Se impulsarán como primer núcleo de participación, los **consejos comunitarios de calidad de vida**, espacios abiertos de participación ciudadana que atraerá el concurso de diferentes sectores y actores de la vida comunitaria

El desarrollo de propuestas de vigilancia participativa requiere un fuerte control colectivo como mecanismo de gestión social en la implementación de esta política de salud pública, espacios de participación decisiva en las políticas públicas y de exigibilidad de estos derechos.

METAS GENERALES DE VISIÓN CERO PARA LA RESPUESTA EN REDES A LAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS

- 100% de la población cubierta por APS en sus comunidades con un equipo conformado por médicos y enfermeros de familia.
- 100% de la población con servicios de urgencias 24 horas en un radio máximo de 40 km o 30 minutos de desplazamiento por vehículo
- 100% de la población accediendo a servicios de urgencias y de especialidades médicas a través de un sistema de comunicación. (Centros de Regulación médica de Urgencias y Sistema de Ambulancias)
- 1 cama pública por 1000 habitantes (6000 camas en total), donde 600 serán para terapia intensiva e intermedia.

Plan 2008-2013

- Equipos de salud de la familia combinando los recursos existentes y nuevas capacidades.
- Gratuidad en todos los servicios de atención.
- Médico, enfermero, auxiliar de enfermería y 5 agentes comunitarios para cada 3200 personas.
- Un odontólogo y un auxiliar de odontología para cada dos equipos de atención primaria en salud con apuesta de un técnico en odontología por equipo.
- Cubrir todo el país con 1875 equipos de salud de la familia o atención primaria en salud para el año 2013.
- Avanzar progresivamente en la instalación de las unidades de atención primaria o equipos de salud de la familia:
 - 100 equipos en 2008
 - 300 más en 2009
 - 400 más en 2010
 - 400 más en 2011
 - 400 más en 2012
 - 285 más en 2013 completando así 1875 equipos de salud de la familia

Se empezará por las zonas más frágiles, pero con frentes en todo el País.

El imperativo es dar todas las respuestas para todas y todos según sus necesidades al 2013 para lo cual es necesario unir todos los recursos del Estado, MSP y BS, IPS, Sanidad Militar y Policial y Hospital de Clínicas. Donde actualmente no hay suficiente respuesta estatal se contratarán servicios privados.

Política Nacional de Recursos Humanos en Salud

Situación actual

La situación de los Recursos Humanos en Salud en el Paraguay se caracteriza por varios aspectos históricamente desatendidos y postergados en las políticas del sector que han dado como resultado:

- Inadecuada distribución, disponibilidad y composición de la fuerza de trabajo.
- Deterioro de las condiciones de trabajo.
- Partidización de los cargos públicos y clientelismo político.
- Procesos de formación y educación inadecuados a las necesidades de salud y al desarrollo del trabajo en los servicios de salud.
- Ausencia de la investigación médica y sanitaria.
- Débil regulación y control del ejercicio de las profesiones.

Es por ello, que uno de los **pilares estratégicos** del nuevo Sistema Nacional de Salud (SNS) es la definición e implementación de una **Política Nacional de Recursos Humanos en el Sector Salud** que permita el desarrollo de estrategias y acciones a corto, mediano y largo plazo; una política que defina las necesidades de número, distribución, adecuación, capacitación, competencias, incentivos y regulación de la fuerza de trabajo, sobretodo en el sistema público el cual representa casi el 80% de la red de servicios del país.

Junto a la necesidad de planificación y regulación en salud es necesario también reagrupar a una masa crítica de profesionales de diferentes sectores y capacitarlos con las nuevas ideas sobre el campo de recursos humanos para la conducción del proceso así como para la integración y mejora de los sistemas de registro e información. Para el avance del proceso a nivel nacional y local es necesario también iniciar un diálogo entre los diferentes sectores políticos, técnicos y sociales a fin de construir la viabilidad política de la propuesta, su gobernabilidad y gobernanza.

Líneas de Acción

Catastro Nacional de Recursos Humanos, Infraestructura y Equipamiento en salud.

Como línea de base para planificación de las acciones. Comprende al sector público, de la seguridad social y privado, en cada nivel de gestión: local, regional, nacional.

Gestión del Trabajo en Salud.

Como parte del Consejo Nacional de Salud, se integra una **Mesa Nacional de Gestión del Trabajo en Salud**, integrada paritariamente por los gestores del sistema público, los trabajadores y la sociedad civil, cuyo objetivo sea la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades del Sistema Nacional de Salud.

En la primera etapa de proceso se negociaran y articularan acciones jurídicas y normativas que permitan ir organizando el sistema de servicios de salud de manera progresiva, bajo los siguientes normativas: **concurso** para el acceso a cargos de gerencia, **complementación de salarios e incentivos** de varias instituciones para lograr la **dedicación exclusiva** en un servicio de los trabajadores de salud y para el **desplazamiento** de los trabajadores a regiones a nivel nacional, según necesidades de la población. Así también, la **capacitación** sobre los nuevos paradigmas, roles y funciones del sistema nacional de salud y de los puestos de trabajo.

Carrera Sanitaria

En una segunda etapa del proceso de organización del SNS, se revisará y adecuará la propuesta de Ley de la Carrera Sanitaria, actualmente parada en el Parlamento, que ha sido elaborada participativamente, por la Federación de Trabajadores de la Salud, el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, a fin de incluir a todos los trabajadores del sector público (MSPBS, Gobernaciones, Municipios, Sanidad Militar y Policial) y de la Seguridad Social.

CONAREM

Sancionar por Ley la estructura, organización y funcionamiento del Consejo Nacional de Residencias Médicas, para que se garantice su funcionamiento independiente a nivel político, técnico y financiero.

Capacitación e investigación

La definición y conducción de una política de capacitación de los trabajadores de salud para su adecuación a los nuevos paradigmas del SNS estará a cargo del Instituto Nacional de Salud y el Instituto de Educación Permanente en Enfermería: Otras áreas de acción a ser desarrolladas son políticas de incentivo y financiamiento para la investigación/acciones en el SNS y la formación y readecuación del personal técnico en salud.

Incentivos para la formación y la repatriación de profesiones, para áreas críticas del SNS.

A partir del catastro de los recursos humanos, se podrán detectar las profesiones en salud que son necesarias de manera prioritaria, para lo cual se diseñaran estrategias de incentivos para su formación y la repatriación de los profesionales paraguayos en el extranjero. Ej.: enfermería, anestesia, rehabilitación, técnicos en mantenimiento, en información, otros.

Regulación de las profesiones en salud

El nuevo gobierno impulsará la creación de una Comisión de Regulación de Unidades de formación de RRHH en grado y post-grado en el área de salud y la formación del colegiado médico

METAS GENERALES HACIA LA DIGNIFICACIÓN DE LOS TRABAJADORES Y DEL TRABAJO

- *Establecer equivalencia entre carga horaria y remuneración para alcanzar la dedicación exclusiva de los profesionales.*

- *Crear sistemas de gestión participativa – colegiados de gestión*
- *Concurso de capacidades técnicas para la dirección de servicios*
- *Reorganizar los servicios estableciendo condiciones técnicas de trabajo*
- *Organizar el sistema generando seguridad por estar trabajando en una red articulada de servicios*
- *Proveer educación permanente y acceso a especializaciones para todos los trabajadores*
- *Garantizar seguridad social para los trabajadores de salud (vía IPS)*
- *Combatir la partidización de los servicios y trabajar por el respeto y la valorización de los trabajadores*
- *Controlar la calidad de la formación a través de la certificación de las escuelas de formación de salud.*

Viabilidad Económica

Fuentes de financiamiento de la propuesta

Esta propuesta está fundamentada en las posibilidades reales de financiar su implementación en el quinquenio de gobierno 2008-2013 con los recursos disponibles pero con un mejoramiento de su eficiencia.

Actualmente, el gasto en salud (Ministerio de Salud e IPS) es de aproximadamente US\$ 300.000.000. La presente propuesta exige duplicar los recursos para garantizar un acceso universal a la Atención Primaria de la Salud en 5 años.

Cabe señalar que esta meta no es complicada si se considera que el actual gobierno aumentó el gasto social destinado a la salud (excluye IPS) en 85% desde 2003 a 2006, pasando éste de US\$ 95.000.000 a US\$ 176.000.000, aunque sin resultados evidentes.

La implementación de esta propuesta es gradual, por lo que las exigencias presupuestarias también son graduales. Para llegar a duplicar el gasto total en salud se requieren unos US\$ 300.000.000, lo cual implica unos US\$ 75.000.000 adicionales al año a partir de 2009.

En el siguiente cuadro se exponen posibles fuentes de financiamiento, dada la actual estructura presupuestaria y tributaria. Esto significa que la implementación de este plan de salud en su contenido mínimo es posible reasignando los recursos, haciendo más eficiente y transparente el uso de los mismos, integrando eficazmente a las instituciones públicas prestadoras o financiadoras de servicios a la salud y mejorando las recaudaciones tributarias dentro del marco legal vigente.

Fuentes de financiamiento adicional anuales del Plan de Salud de la Alianza

	Rubros	US\$
	Total	75.000.000
1	Subsidios a la salud	10.000.000
2	Donaciones Itaipú-Yacyretá	15.000.000
3	Cobro del IMAGRO	20.000.000
4	Formalización de empresas de Ciudad del Este	5.000.000
5	Recursos de municipalidades y gobernaciones	5.000.000
6	Integración del marco institucional	10.000.000
7	Transparencia	10.000.000

Descripción de las fuentes de financiamiento

1. Actualmente los funcionarios públicos cobran Gs. 85.000 mensuales para ser destinado a gastos de salud. 100% de estos pasan a formar parte de un seguro a la salud para el servicio civil
2. Es la mitad de lo que se supone que actualmente gastan las binacionales en gasto social sin pasar por el presupuesto público
3. Cobro del 1% del IMAGRO suspendido por decreto (10% sobre la utilidad)
4. Cobro del 1% del aumento de las recaudaciones provenientes de la formalización del 20% las empresas de Ciudad del Este
5. Es el monto que en 2004 destinaban a la salud pero de manera desordenada y sin integración al Sistema Nacional de Salud
6. Parte de los recursos del Hospital de Clínicas, Sanidad Militar, Sanidad Policial, DIBEN, ENREPD
7. Aumento de la eficiencia en 20% en las compras de los insumos y medicamentos de salud