

# Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia del MSPBS

Claudina Zavattiero

síntesis para el debate

FISCALIDAD PARA LA

EQUIDAD SOCIAL

## Introducción

La presente investigación se encarga de evaluar las Unidades de Salud de la Familia (USF) implementadas desde el 2008 por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), como parte de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad –PPCVSE- que reorienta el sistema público de salud en redes y se sustenta en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social.

El estudio realiza una evaluación descriptiva de las USF a partir de evidencia cuantitativa disponible en fuentes de datos oficiales, como los registros administrativos del MSPBS y las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC).

## La salud de la población paraguaya: indicadores y acceso al sistema de salud

La salud de la población en Paraguay ha mejorado significativamente en las últimas décadas; un indicador es la esperanza de vida al nacer que pasó de un promedio de 62,7 años (1950) a 73,7 años en el 2015. Este aumento se relaciona con la disminución de los niveles de mortalidad, el acceso y calidad de los servicios de atención a la salud, protección social en salud y transversalmente de las políticas de educación y acceso a oportunidades plenas en la sociedad (Mojarro, et al., 2003; Díaz Echeverría, 2006). La tasa de mortalidad infantil, que mide el número de muertes durante el primer año de vida, registrada por el MSPBS ha disminuido: en 1990 la tasa promedio era de 30,4 muertes por cada 1000 nacidos vivos, cifra que en 2015 disminuyó a 14,2. Del mismo modo, la tasa de mortalidad en menores de 5 años mantiene una tendencia descendente (25,6 por 1.000 nacidos vivos en 2000 a 16,4 en 2015) (MSPBS, 2015).

En edades adultas la tasa de mortalidad por 100.000 adultos entre 15-59 años es de 198 y la razón de mortalidad materna (RMM) por 100.000 nacidos vivos es de 81,8 en 2015, habiéndose reducido un 54,5% respecto de 1990 (150 defunciones por 100.000 nacidos vivos). No obstante, cabe resaltar que dicha razón presenta fluctuaciones en los últimos años que impiden aseverar que la reducción será sostenida e inclusive podría apelar al cumplimiento de las metas de reducción asumidas en los ODS<sup>1</sup>. La reducción de la mortalidad materna ha sido posible en parte gracias al incremento de los partos institucionales que ha pasado de 84,5% en 2000 a 97% en 2015.

En el ámbito de la salud, un indicador que garantiza una cobertura ante cualquier eventualidad es la tenencia de seguro médico. Un cuarto de la población cuenta actualmente con algún seguro (25,9%), concentrándose mayormente en las zonas urbanas (34,3%) frente al 12,6% de la población que tiene algún tipo de cobertura en zonas rurales. Esta brecha se amplía aún más si se considera el nivel socioeconómico (3,1% en el quintil más pobre y 55,2% en el más rico) (DGEEC, 2016).

El Instituto de Previsión Social (IPS) es la institución prestadora más importante del sector (cubre al 18,4% de la población). La cobertura de este seguro está lejos de ser universal debido a que la población accede al mismo a través del empleo formal y por lo general asalariado. En los dos quintiles más pobres alcanza al 2,9% y 10,7% de la po-

<sup>1</sup> El tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible en salud y bienestar plantea reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos para el 2030.

blación respectivamente, mientras que se triplica en el quintil más rico (32,1%), lo que indica el sesgo en la adscripción a la seguridad social hacia las personas con mayor poder adquisitivo. Por otra parte, 3 de cada 4 personas no cuentan actualmente con algún tipo de seguro, por lo que dependen de los servicios de salud del MSPBS. Esto es especialmente relevante para las personas del primer quintil de ingresos que en un 96,9% carecen de seguro.

En la última década se registran avances en la disminución de la exclusión en salud, probablemente explicado por la expansión de los servicios de salud y de la cobertura de seguridad social, así como la declaración de gratuidad de las consultas. La proporción de personas que habiéndose enfermado o accidentado acudieron a consultar aumentó del 60,9% en 2006 a 75,5% en 2016. La mayor participación en atención en salud la brinda el MSPBS<sup>2</sup>, y es particularmente relevante en el área rural con cobertura al 78,5% de la población que solicitó atención y entre la población de escasos recursos, en un 86,1%. El 39,9% de las personas enfermas o accidentadas acudieron a una USF, Puesto o Centro de salud (58,6% población rural y 62,7% del quintil más pobre) (DGEEC, 2016). La asistencia a Puestos de salud o USF se cuadruplicó en 10 años (pasó de 4,5% en 2006 a 16% en 2016) y en contraposición disminuyó el uso de los servicios privados.

Los cambios evidenciados en la última década estarían mostrando que el programa de USF supone un avance en la atención sanitaria al descomprimir los establecimientos de mayor envergadura y reducir las consultas con aranceles y las no institucionales. Este efecto no es homogéneo, las USF atraen al sistema de atención primaria mayormente a segmentos de la población tradicionalmente excluidos como la población rural y a los del quintil de menores ingresos.

## Las Unidades de Salud de la Familia: cobertura y recursos

En 2008, el MSPBS propuso un nuevo enfoque del sistema de salud basado en los derechos, con las USF<sup>3</sup> conformando la Red de Atención Primaria, que articuladas entre sí y con las otras redes constituyen el Sistema Público de Salud (SPS). Su implementación cambia la estrategia de atención y se convierte en la puerta de entrada con un médico de familia y primer nivel de atención, jerarquizando y ordenando la atención para una mayor racionalización del resto de los servicios.

Las USF inició con 13 unidades en los bañados de Asunción y en la actualidad las 800 unidades están distribuidas en los 17 departamentos más la capital (o regiones sanitarias del país), en 238 de un total de 251 distritos.

A pesar de la relevancia de la estrategia de Atención Primaria de Salud, a la fecha aún existe un déficit de unidades y por ende, persisten poblaciones no cubiertas. Si se considera que en 2016 las USF tienen una cobertura aproximada de 2.240.000 habitantes (promedio de 2.800 personas por USF), se requieren 2.450 unidades para contar con una cobertura universal.

Para conocer el número de USF faltantes para brindar una atención universal, se toma en cuenta la brecha entre la población cubierta por las USF y la población total. En tal sentido, se requieren aproximadamente 1.650 USF más, siendo los departamentos más desatendidos: Central (18,9%, necesitaría 588 USF más), Caaguazú (22,8% - 149 USF más), Asunción (22,9% - 145 USF más) y Alto Paraná (30,2% - 196 USF). Solo las USF de tres departamentos tienen coberturas de población por encima del 70% (Ñeembucú, Alto Paraguay y Misiones).

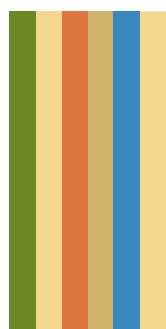
La política de gratuidad en el sistema público beneficia en mayor medida a las poblaciones más vulnerables. Entre las personas que asistieron a una consulta en las USF en el área rural el 89,5% recibió medicamentos gratis, al igual que las personas del primer quintil de ingresos (93%) (DGEEC, 2016). Pese a lo mencionado, una parte del acceso al sistema de salud es financiado con gasto de bolsillo<sup>4</sup>.

Considerando el nivel de pobreza monetaria, el 32% de las USF se ubican en distritos de los cinco departamentos que concentran los mayores índices de pobreza y por ende, los que necesitan mayor intervención. Si se utiliza como medida de pobreza las necesidades básicas insatisfechas (NBI), las USF tienen una subcobertura de 21,8% de la población en situación de pobreza (2.864.908 personas).

2 En los hospitales del MSPBS el 99,2% de las consultas son atendidas por médicos, en tanto en los puestos de salud y las USF dicha cifra disminuye al 80,3% y 85,8% respectivamente, y las personas son atendidas por enfermeras/os.

3 Las USF están conformadas por un médico, licenciadas y enfermeras capaces de resolver la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad, los casos de atención especializada son derivados a redes de mayor complejidad.

4 Incluye gastos destinados al pago de medicamentos, exámenes laboratoriales y radiografías, hospitalización e internación. De igual forma, se incluyen los gastos destinados a transporte y alimentación, pues si bien no son gastos propios de la salud afectan indirectamente a los hogares ante un eventual caso de enfermedad. No se contempla el gasto mensual destinado al pago del seguro médico de IPS o privado.



Los departamentos que presentan en simultáneo menor porcentaje de población total cubierta y menor porcentaje de población en situación de pobreza cubierta son: Caaguazú, Central, Amambay y Boquerón. Sobre estos departamentos se deberían focalizar los esfuerzos de ampliación.

**Cuadro N° 1: Cobertura de las USF por departamentos, según pobreza 2016**

Departamento	Población 2016 (proyección)	Población en situación de pobreza monetaria 2016	Población en situación de pobreza por NBI 2012	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / Población Total	% Población Cubierta USF / Población en situación pobreza monetaria	% Población Cubierta USF / Población en situación pobreza por NBI
Asunción	525.294	69.041	131.316	120.537	22,9	174,6	91,8
Concepción	240.495	119.947	134.874	112.977	47,0	94,2	83,8
San Pedro	414.503	198.724	238.723	193.664	46,7	97,5	81,1
Cordillera	295.256	77.231	122.199	114.779	38,9	148,6	93,9
Guairá	218.560	84.477	117.213	142.613	65,3	168,8	121,7
Caaguazú	540.176	255.804	288.805	123.170	22,8	48,2	42,6
Caazapá	182.039	101.484	123.772	103.616	56,9	102,1	83,7
Itapúa	584.201	185.613	291.270	209.215	35,8	112,7	71,8
Misiones	121.985	45.868	49.818	88.103	72,2	192,1	176,8
Paraguarí	253.557	98.902	128.804	106.394	42,0	107,6	82,6
Alto Paraná	785.066	211.544	313.277	237.146	30,2	112,1	75,7
Central	2.028.700	332.784	550.235	382.496	18,9	114,9	69,5
Ñeembucú	88.270	31.756	47.113	66.717	75,6	210,1	141,6
Amambay	161.869	36.557	74.263	49.355	30,5	135,0	66,5
Canindeyú	217.154	78.460	115.358	119.220	54,9	152,0	103,3
Pdte. Hayes	118.801	21.080	74.073	39.393	33,2	186,9	53,2
Boquerón	61.713	ND	51.332	19.992	32,4	ND	38,9
Alto Paraguay	16.897	ND	12.462	12.359	73,1	ND	99,2
Total	6.854.536	1.949.272	2.864.908	2.241.746	32,7	115,0	78,2

Fuente: DGEEC, Proyecciones de la población por sexo y edad, según departamento, 2000-2025 (Revisión 2015), EPH 2016, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 y MSPBS, Dirección General de Atención Primaria de la Salud.

Las acciones de las USF se dividen en dos grandes grupos: actividades de promoción y de prevención o seguimiento. Durante el 2016, el MSPBS ha realizado un total de 147.200 actividades de promoción de la salud a través de las USF<sup>5</sup>, entre las cuales predominan las charlas grupales en la institución (53%), seguido muy por debajo de las charlas en las escuelas y en la comunidad (14% y 13,5% respectivamente). En promedio se realizan al año 184 actividades de promoción por USF, es decir, una actividad cada dos días en cada USF. Entre las actividades de prevención o seguimiento se destacan el control de la presión arterial, las vacunaciones, las visitas domiciliarias realizadas por Agentes Comunitarios y el control de crecimiento y desarrollo de niños/as. En promedio cada USF lleva a cabo 7.055 consultas anuales, lo que da un promedio de atención de 19 consultas diarias por USF. La gran diferencia en la cantidad de consultas (prevención o seguimiento) realizadas frente a las actividades de promoción muestra el desbalance entre los pilares del sistema.

Según información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud (octubre de 2017), se dispone de un total de 2.662 profesionales para brindar atención en las 800 USF que funcionan en la actualidad. No todas las USF cuentan con el plantel mínimo establecido: un total de 176 USF opera con cuadros profesionales incompletos (22% de las USF), siendo la principal necesidad cubrir las vacancias de médicos.

En este sentido, el componente más importante del gasto en salud se destina a servicios personales (salario y otras remuneraciones, 68%). Este gasto es de suma importancia debido a que el material humano es el prin-

5 Incluye actividades educativas, preventivas, curativas y de rehabilitación en cada etapa del ciclo vital.

cial componente de los servicios del Ministerio de Salud. Sin embargo, se observa un bajo nivel en inversión física (5%) lo cual dificulta a los hospitales de ser dotados de mayor infraestructura (CADEP, 2016, p.6).

Los fondos del MSPBS provienen del presupuesto del Estado, además de contar con recursos propios y externos. En la última década se produjo un crecimiento importante del gasto público en salud<sup>6</sup> con relación al PIB, pasando de 2,4% en 2005 a 4,5% en 2014. El mayor impulso se dio en 2009 debido a la implementación del Programa Atención Primaria de la Salud. Este programa representa en promedio el 28% del total destinado a la salud (en 2015 se destinó un total de 184 mil millones de guaraníes a la APS) (CADEP, 2016).

## Conclusiones

En Paraguay se está llevando a cabo una reforma del Sistema de Salud que incluye la implementación de Unidades de Salud de la Familia como puerta de entrada a la Atención Primaria de Salud a fin de reducir las exclusiones e inequidades. No obstante, el servicio de salud pública está limitado por la carencia de recursos humanos, económicos y de infraestructura. Además, a pesar de las políticas vigentes de gratuidad, todavía persisten importantes gastos de bolsillo.

Las principales debilidades identificadas en el estudio guardan relación con la falta de cobertura universal, el desequilibrio entre las actividades de promoción, de las de prevención y las curativas, y la falta de completitud de los recursos humanos. Llama la atención el estancamiento de implementaciones de nuevas USF en los últimos años, haciendo suponer que el grado de priorización depende de la voluntad política y de la inversión financiera.

Es necesaria una mayor inversión pública de modo a disminuir el gasto de bolsillo por persona en salud. Todos los esfuerzos de inversión deben planificarse focalizando zonas rurales del país y la población de menores ingresos de manera a reducir la exclusión. Se debe mejorar la producción estadística del Programa, incluyendo la completitud de los datos y su calidad. Esto permitirá realizar estudios de diversa índole, posibilitando la toma de medidas que permitan mejorar la gestión de las USF.

## Referencias

- Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP) (2016). *Gasto Social en Salud. Cartilla fiscal N°18*. Paraguay: CADEP
- Díaz Echeverría, D. F. (2006). *Mortalidad Materna: Una tarea inconclusa*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. México D. F.
- Mojarro O., et al. (2003) *Mortalidad materna y marginación municipal. Situación Demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015). *Indicadores de Mortalidad*. Asunción: MSPBS.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2016). *Base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2016*. Recuperado de [http://www.dgeec.gov.py/microdatos\\_EPH/](http://www.dgeec.gov.py/microdatos_EPH/)
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015a). *Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000- 2025. Revisión 2015*. Fernando de la Mora, DGEEC
- Encuesta Permanente de Hogares 2016*. Recuperado de [http://www.dgeec.gov.py/microdatos\\_EPH/](http://www.dgeec.gov.py/microdatos_EPH/)

6 El gasto social en salud representa el 21,9% del total del gasto social en 2015.

Este Proyecto es financiado por el CONACYT a través del Programa PROCIENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación – FEEL.



Febrero, 2018

Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana  
París 1031 c/ Colón  
Asunción, Paraguay  
(595-21) 425-850  
[comunicacion@decidamos.org.py](mailto:comunicacion@decidamos.org.py)  
[www.decidamos.org.py](http://www.decidamos.org.py)  
f Decidamos Paraguay  
t @decidamospy