

Calidad de atención en unidades de salud de la familia durante la pandemia de COVID-19 en Paraguay

Recibido: 3 de agosto de 2021

Aceptado: 2 de diciembre de 2021

Resumen: El estudio es un análisis de las respuestas del sistema de salud y el potencial que tiene la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en tiempos de pandemia por COVID-19, a través de la medición de la calidad de atención brindada en Unidades de Salud de la Familia (USF), considerando su rol como servicio del primer nivel de atención. El trabajo de campo fue realizado entre octubre y noviembre del año 2020. La muestra incluye 10 USF seleccionadas atendiendo a una composición heterogénea. Para evaluar la calidad de atención se diseñó un instrumento con base en los protocolos vigentes y se seleccionaron estándares de estructura, proceso y resultados. Se estableció como meta de calidad de atención el cumplimiento del 80% de los estándares. Los hallazgos muestran que como promedio las USF alcanzan el 35% de cumplimiento de los estándares. Se encontraron situaciones críticas en lo estructural (logística de transporte, comunicación, recursos humanos, continuidad en la provisión de medicamentos) y fortalezas tales como

Raquel Escobar

Doctora en Medicina y Cirugía; Médica pediatra. Especialista en recién nacidos.

Carmen Gómez

Doctora en Medicina y Cirugía, especialista en Medicina Interna y en nutrición, Máster en Salud colectiva.

Elke Strübing

Doctora en Medicina y Cirugía, Médica pediatra. Especialista en recién nacidos.

equipos de salud de la familia comprometidos, realizando mapas, censos y clasificación de su población, disponibilidad de manuales, guías y protocolos. Se concluye que la APS no está siendo considerada en todo su potencial para enfrentar la pandemia, abordando de manera integral a la población, permitiendo intervenciones oportunas para descomprimir la demanda en los hospitales y evitar que la población se enferme y se ponga grave.

Palabras clave. Atención primaria de salud, pandemia, calidad de atención en USF

Abstract: The study is an analysis of the responses of health systems and the potential of the Primary Health Care (PHC) strategy in times of a COVID-19 pandemic, through measurement of the quality of care provided in Family Health Units (USF, by its Spanish acronym), considering its role as a service of the first level of care. The field work was carried out between October and November 2020. The sample includes 10 USFs selected according to a heterogeneous compilation. To evaluate the quality of care, an instrument was designed based on current protocols and standards of structure, process and results were selected. Compliance with 80% of the standards was established as a goal of quality of care. The findings show that on average USFs achieve 35% compliance with the standards. Critical situations were found in the structural (transport logistics, communication, human resources, continuity in the provision of medicines) and strengths such as committed family health teams, carrying out maps, censuses and classification of their population, availability of manuals, guides and protocols. It is concluded that PHC is not being considered in its full potential to face the pandemic, comprehensively addressing the population, allowing timely interventions to decompress the demand in hospitals.

Keywords: Primary health care, pandemic, quality of care in USF



Introducción*

Declarada la pandemia causada por el SARS-Cov-2, dejando fallecidos y secuelas en la salud y en los demás ámbitos socioeconómicos; los sistemas de salud a nivel mundial respondieron aumentando la oferta de servicios en los hospitales, sobre todo en unidades de cuidados intensivos, al mismo tiempo fomentando la promoción y la prevención.

Las personas más afectadas son aquellas con comorbilidades, como las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la hipertensión, diabetes y malnutrición principalmente, constituyendo el 69% de los fallecidos por

* Agradecemos a los equipos de salud de la familia de las unidades visitadas, al personal de la Dirección de Atención Primaria de Salud y a las personas usuarias de los servicios visitados. Este trabajo fue realizado en el marco del proyecto de investigación «La Atención Primaria de Salud: rol del primer nivel de atención durante la epidemia y la endemia del COVID-19», que contó con el apoyo del CONACYT a través del Programa Paraguayo para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (PROCIENCIA) y co-financiado por el Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación (FEEI).

COVID-19 en el país (MSPBS, 2020). A pesar de ello, las atenciones a personas con ECNT, pacientes oncológicos, mujeres embarazadas y niños, se redujeron en casi todos los países de las Américas (OPS, 2020). En este escenario, los hospitales se ven desbordados, con personas que están trabajando al límite de sus fuerzas, en situaciones peligrosas, en tanto que, el primer nivel de atención está suboptimizado.

El abordaje integral de la salud se puede lograr con la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la cual en la pandemia está siendo subestimada y subutilizada por los sistemas de salud (Giovannella et al, 2021). Esta estrategia se basa en cinco componentes: la salud como derecho, la universalidad, la integralidad, la participación social y la intersectorialidad (Feo, 2019) y está concebida para proteger y promover la salud, reducir las inequidades e injusticias sociales en el cuidado de la salud de la población, se orienta a enfrentar su factor causal, la determinación social del proceso salud enfermedad (Tejada de Rivero, 2013), y garantiza la atención permanente en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en donde vive la gente (OMS, 1978).

La pandemia pone en evidencia la importancia de que las personas se mantengan sanas, accedan a tratamiento y rehabilitación en caso necesario y que sepan cómo cuidarse de manera individual y colectiva, todo lo cual es abordado por la estrategia de APS.

En Paraguay, el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde hace 12 años viene desarrollando las Unidades de Salud de la Familia (USF) en el subsector del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), con Equipos de Salud de la Familia (ESF) que trabajan en la estrategia de APS (MSPBS, 2016). Las tareas asignadas a ellos durante la pandemia fueron la detección y seguimiento; la información sobre la prevención y el trabajo articulado con la comunidad.

Cabe señalar que, la calidad de atención de un servicio consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico (OMS, 2019). Según Donabedian (2001), los criterios de calidad pueden clasificarse en estructurales, de proceso y de resultados.

Los ESF tienen tareas tanto asistenciales como de prevención y promoción, y para que puedan cumplirlas con calidad tienen que contar con la estructura necesaria, como mínimo recursos humanos adecuados y en buenas condiciones laborales; infraestructura y logística de comunicación, información y transporte. Según reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), cada año ocurren millones de muertes en todo el mun-

do que pudieron haberse prevenido con sistemas de salud que ofrezcan servicios que sean accesibles, oportunos y de calidad, es por ello por lo que insta a las autoridades sanitarias a orientar las políticas nacionales hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud y el establecimiento de mecanismos para medir los progresos que se vayan logrando.

El presente estudio tiene como objetivo general conocer la calidad de atención que se brinda en las USF, a partir de 10 casos, considerando su rol como servicio del primer nivel de atención, durante la epidemia y probable endemia del COVID-19, a través de la aplicación de una herramienta de evaluación de su desempeño. Para alcanzar este objetivo, se buscó identificar una línea de base de la calidad de atención que se brinda en las 10 USF y poner a disposición una herramienta de evaluación del desempeño, de tal manera que pueda ser utilizada para la evaluación y retroalimentación periódicas de las USF, buscando la mejora continua del proceso de atención, la optimización de su gestión y la posibilidad de alcanzar una atención de excelencia, con ESF motivados y reconocidos.

Se trata de un estudio prospectivo de carácter observacional, descriptivo y transversal con un muestreo dirigido, no probabilístico. El trabajo de campo fue realizado entre octubre y noviembre del año 2020. Las 10 USF fueron seleccionadas atendiendo a una composición heterogénea según características rural, urbana, periurbana o ubicadas en asentamientos y modalidad de USF, pues existen varios tipos: estándar (completas, incompletas), mixtas, móviles (para zonas con población dispersa) y ampliadas (en donde se realizan partos). En las USF mixtas en una misma infraestructura coexiste una USF con su equipo de salud de la familia (ESF) y un Puesto de Salud con su personal propio, o sea coexisten 2 (dos) modelos diferentes de atención en el mismo lugar.

La selección final recayó en 2 (dos) USF de Asunción, 4 (cuatro) de Central (Fernando de la Mora, San Lorenzo, Capiatá y Areguá), 1 (una) de Guairá, 1 (una) de Alto Paraná, 1 (una) de Concepción y 1 (una) de Villa Hayes; siendo 3 (tres) de ellas de carácter mixto, 2 (dos) móviles y 5 (cinco) estándar. A su vez, 1 (una) de las USF atendía a población urbana de alto riesgo social en zonas inundables de la capital; 2 (dos) atendían a población rural e indígena; 3 (tres) atendían a población rural y urbana y 4 (cuatro) a población urbana.

Para el diseño del instrumento que se empleó para evaluar el cumplimiento del rol que tienen las USF durante la epidemia y probable endemia de COVID-19, fueron seleccionados estándares con base en los protocolos nacionales vigentes (MSPBS, 2016 y 2020) y fueron agrupados considerando aspectos estructurales, de proceso y de resultado (Donabedian,

2001). El instrumento fue validado por un grupo de expertos y puesto a prueba para sus ajustes en terreno en dos USF piloto. Se debe mencionar que los estándares seleccionados no son todos los que podrían estar, por ejemplo, en este trabajo no se tomó información acerca de los recursos financieros de cada USF ni se observó el momento mismo de la atención médica o de enfermería o de la aplicación de procedimientos terapéuticos específicos.

En la tabla 1 se presenta los estándares seleccionados.

Tabla 1. Estándares seleccionados para evaluar la calidad de atención que se brinda en las USF

| Nº | Tipo | Descripción del estándar |
|----|------------|---|
| 1 | Estructura | Cuenta con un equipo completo de salud de la familia que cumple 40 horas semanales. |
| 2 | Estructura | El establecimiento de salud puede organizar la atención en espacios diferenciados a pacientes con IRA y no IRA según normativa vigente. |
| 3 | Estructura | El establecimiento de salud dispone de medicamentos e insumos suficientes para manejo de IRA y no IRA. |
| 4 | Estructura | La USF dispone de medios de transporte para realizar las visitas domiciliarias y las referencias de pacientes. |
| 5 | Estructura | La USF dispone de medios de comunicación operativos y equipados para agendamiento, seguimiento y referencia de pacientes. |
| 6 | Proceso | El 100% del personal de salud de la USF recibió capacitación en el manejo de COVID. |
| 7 | Proceso | El personal de salud de la USF recibe acompañamiento, contención, apoyo del nivel superior. |
| 8 | Proceso | La USF tiene identificada, mapeada y dispensarizada ¹ al 100% de su población asignada. |
| 9 | Proceso | La USF cuenta con herramientas para la evaluación sobre la calidad de atención que brinda a sus usuarios. |
| 10 | Proceso | El ESF ofrece continuidad de la atención a los pacientes según dispensarización de población asignada en cualquiera de las modalidades disponibles (telefónica, domiciliar o presencial en el servicio de salud). |

¹ La dispensarización consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello. Grupos Dispensariales I: Aparentemente sanos, II Con factores de riesgo, III Enfermos, IV Con discapacidad (MSPBS, 2017).

| N° | Tipo | Descripción del estándar |
|----|-----------|--|
| 11 | Proceso | El ESF ofrece continuidad de la atención a los pacientes con COVID y otras infecciones respiratorias agudas (IRA) con cualquiera de las modalidades disponibles (telefónica, domiciliar o presencial en el servicio de salud). |
| 12 | Proceso | La USF realiza agendamiento, consultas y seguimiento telefónico. |
| 13 | Proceso | La USF se articula y organiza funcionalmente con la red de servicios del MSPBS. |
| 14 | Proceso | La USF se articula y organiza funcionalmente con la comunidad para brindar atención integral a la familia y a la comunidad. |
| 15 | Proceso | La USF determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad. |
| 16 | Proceso | El ESF implementa actividades de comunicación para la promoción y prevención. |
| 17 | Resultado | La USF conoce oportunamente a pacientes con Covid-19 positivos de su territorio y realiza el rastreo de contactos cercanos. |
| 18 | Resultado | La USF conoce la evolución de los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19. |
| 19 | Resultado | La USF brinda atención oportuna a pacientes no COVID-19. |

Cada estándar tiene indicadores y criterios objetivos de verificación que ayudaron a determinar si ese estándar se cumplía o no (Anexo 1). Un estándar se cumple cuando todos sus indicadores lo hacen, se considera que el servicio de salud debe cumplir con al menos el 80% de sus estándares para brindar calidad de atención (Necochea y Bossemeyer, 2007). Esta definición cuantitativa de los resultados posibilita una base para el monitoreo futuro de las actividades de cada USF y señala las brechas. De esta manera se detectan desviaciones de lo esperado, lo que permitirá tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención.

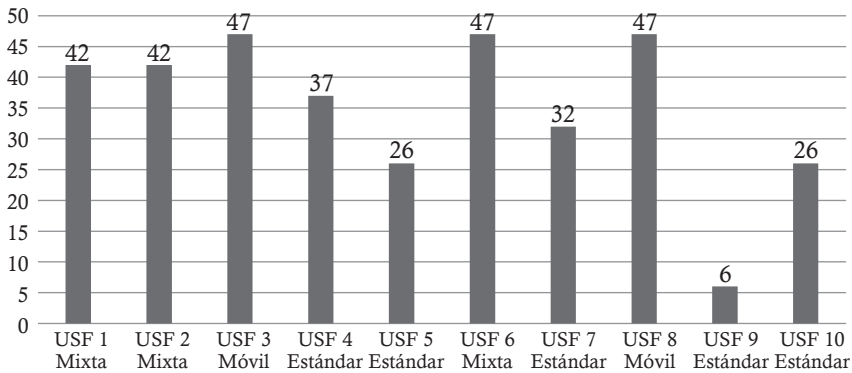
La aplicación de la herramienta se realizó in situ por observación directa de cada USF estudiada; entrevistas a las personas que integran los ESF; revisión de registros y de documentos institucionales. Una vez evaluado cada estándar se determinó cuántos se lograron aplicando un puntaje (en números absolutos o como porcentaje del total).

Principales hallazgos

El número de USF estudiadas no es representativo, por lo que los hallazgos de la investigación no pueden generalizarse, sin embargo, constituyen datos significativos en torno a la situación de las USF.

Los resultados obtenidos muestran que ni una de las USF estudiadas alcanza la meta propuesta de cumplimiento de estándares de calidad, registrándose 35% como promedio de cumplimiento. En el gráfico 1 se presenta el porcentaje de cumplimiento de estándares por cada USF.

Gráfico 1. Porcentaje de cumplimiento de estándares por cada USF



A continuación, se presenta en la tabla 2 los datos consolidados del cumplimiento de los estándares en las 10 USF visitadas.

En cuanto al cumplimiento de los criterios de calidad de atención estructurales –1 al 5–, se destaca que las USF tienen la fortaleza de contar con manuales de funciones y protocolos clínicos, un programa médico arquitectónico estándar y ESF comprometidos; como brechas se identificó como una situación crítica la falta de disponibilidad institucional de transporte, comunicación y medicamentos.

En el cumplimiento de los criterios de calidad de atención de proceso –6 al 16–, las fortalezas encontradas fueron que todas las USF tienen a su población censada, mapeada y dispensarizada; los ESF están capacitados en COVID-19 y ofrecen continuidad en la atención a los pacientes con infecciones respiratorias agudas (IRA). Como brechas, la continuidad en la atención de pacientes no COVID fue afectada por la pandemia y como situación crítica, se destaca que no cuentan con planes de salud que deberían ser elaborados de manera participativa con la comunidad y los sectores involucrados en ella.

Tabla 2. Consolidado de los resultados en las 10 USF estudiadas

| N° de estándar | Estándares de calidad | Total de indicadores por estándar que deberían ser cumplidos | Indicadores cumplidos de cada estándar por USF | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------|-------|-----------|-----------|-------|-------|-------|-------|--------|------|-----------|-----------|
| | | | USF 1 | USF 2 | USF 3 | USF 4 | USF 5 | USF 6 | USF 7 | USF 8 | USF 9 | USF 10 | | | |
| 1 | ESF completo | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| 2 | Espacios diferenciados | 4 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 3 | 4 | 2 | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 |
| 3 | Medicamentos contra COVID- 19 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 4 | Transporte | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 5 | Teléfono, internet | 4 | 0 | 4 | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 6 | Capacitación en COVID | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 7 | Acompañamiento y contención al ESF | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8 | Población censada, mapeada, dispensarizada | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 |
| 9 | Consulta de satisfacción al usuario | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Continuidad de atención según dispensarización | 6 | 4 | 5 | 4 | 3 | 5 | 6 | 4 | 6 | 3 | 4 | 6 | 3 | 4 |
| 11 | Continuidad de atención CODID 19 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | NA | 2 |
| 12 | Agendamiento y seguimiento telefónico | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 |
| 13 | Articulación con la red de servicios | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 14 | Articulación con la comunidad | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 15 | Tiene plan local de salud | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 16 | Comunicación para prevención y promoción | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 3 |
| 17 | Conoce a los COVID positivos de su territorio | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | NA | 2 | NA | 2 | 2 |
| 18 | Conoce la evolución de los COVID positivo de su territorio | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | NA | 1 | 1 |
| 19 | Atención oportuna a pacientes no COVID | 1 | 1 | 1 | 1 | Sin datos | Sin datos | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | Sin datos | Sin datos |
| Estándares cumplidos en todos sus indicadores/total de estándares aplicados | | 19 | 8/19 | 8/19 | 9/19 | 7/19 | 5/19 | 9/19 | 6/19 | 9/19 | 9/19 | 1/16 | 5/19 | 1/16 | 5/19 |

Finalmente, en lo que respecta a los resultados –17 al 19–, se identificó como fortalezas el que las USF tienen la estructura y organización necesarias para hacer de primera línea de detección y contención en pandemia. Dentro de las brechas cabe destacar el que los ESF no realizan análisis epidemiológicos locales y que la atención oportuna no está garantizada para las personas con ECNT, controles prenatales, vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil, entre otras atenciones que deberían estar brindándose en tiempo y forma.

Los hallazgos del estudio muestran que las USF no tienen las condiciones adecuadas para cumplir con su rol principal de promoción de la salud y que la calidad de la atención que ofrecen presenta brechas significativas para satisfacer necesidades de salud de las personas. Existen marcadas deficiencias en lo estructural, que afectan al proceso de atención y a los resultados, en particular la situación es crítica en logística de transporte y comunicación. Esto les impide garantizar a su población asignada una atención integral como puerta de entrada al sistema y ofrecer innovaciones necesarias durante la pandemia tales como el uso de la telemedicina.

Las USF tienen un enorme potencial como servicios cerca de donde vive la gente, deberían poder ser actores clave en la prevención y corte de circulación del virus y en manejar con más protagonismo los cuadros leves y contactos a fin de descomprimir a los hospitales y reservarlos para los casos graves. Además, el trabajo que los ESF deben realizar en los territorios sociales podría gestionar los recursos que se deben movilizar desde los distintos sectores para dar respuesta a las necesidades de las personas, de tal manera que hagan sinergia y se aborden los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

A pesar de este potencial, como en muchos otros países (Giovannella, et al. 2021), en Paraguay se está subestimando la capacidad de los servicios de atención primaria en el territorio y del potencial de la estrategia de APS. De hecho, la inversión que el país realiza en la estrategia es ínfima, registrándose en el año 2018 sólo 4% del presupuesto del MSPBS para la APS (MSPBS, 2018), siendo que por recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), se debería destinar a la misma al menos del 30% del presupuesto.

La pandemia revela cuan dinámicos son los procesos de salud y enfermedad, cuan insuficientes los sistemas de salud existentes y lo compleja que es la problemática de recursos humanos; es por ello por lo que los servicios de salud deben realizar permanentemente ajustes que les permitan ser más efectivos y precisos, para lo cual se imponen procesos de evaluación, ya que en la medida que los servicios sean evaluados se podrán fortalecer me-

dian­te ciclos de mejora continua de la atención. En términos generales, sin embargo, los servicios sanitarios públicos carecen de una cultura organizacional que realice la aplicación sistemática de herramientas de evaluación para su gestión clínica y administrativa. Este hecho atenta contra la calidad de atención y no ayuda en el cumplimiento cabal de las normativas, guías y protocolos existentes.

Para brindar calidad y seguridad de atención todo servicio de salud debe fijarse estándares de calidad, lo que posibilitará una evaluación sistemática y periódica de su cumplimiento.

En la medida que los servicios e instituciones cuenten con herramientas que les permitan progresar en calidad irán mejorando el trato al usuario y disminuirán los errores clínicos y administrativos, lo cual permitirá un mejor manejo. El control de calidad de los servicios de salud puede generar un círculo virtuoso dentro de las instituciones que acarrearán beneficios para toda la sociedad. Al optimizar los procesos de atención y realizar un trabajo con calidad los costos del sistema de salud disminuirán, no sólo en cuanto a los costos financieros sino de tiempo, de recursos humanos, físicos, de equipamiento, de tal manera que se podrán obtener más recursos que podrán ser invertidos en más prestaciones (Forrellat, 2014).

Conclusiones

Las USF tienen la estructura y organización necesarias para hacer de primera línea de detección y contención de la población en casos de pandemia. Sin embargo, la evidencia indica que no están en condiciones para afrontar la epidemia y contener la endemia de COVID-19 y otras enfermedades respiratorias agudas pues carecen de los medios necesarios para cumplir con su rol de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

La atención se está centrando en el fortalecimiento de los hospitales y no se está considerando el potencial enorme que tienen las USF para integrar la red de servicios de salud de tal manera que las personas con ECNT y otras afecciones sean estabilizadas y mantenidas lo más sanas posibles; que la población esté empoderada y organizada para prevenir esta y otras enfermedades y para encontrar en articulación con otros sectores, soluciones a los problemas sociales que determinan las enfermedades.

Es necesario integrar la asistencia y la vigilancia de la salud con actividades de promoción, prevención y cuidado. En ese sentido, repensar los sistemas de salud y la importancia de la APS como una estrategia que contribuya a recomponer el equilibrio entre sociedad y medio ambiente.

Para ello, se debería destinar al menos el 30% del presupuesto del MSPBS a la estrategia de APS para instalar las USF que faltan para la cobertura de todo el territorio nacional, y cubrir la brecha de las existentes en infraestructura, profesionales e insumos; contar con una red de transporte accesible para la referencia de pacientes críticos, el acceso a estudios y especialistas, y las atenciones en las comunidades alejadas, apelando al apoyo intersectorial, así como reforzar el trabajo de las USF desde la gestión del territorio social, espacios de análisis de la situación epidemiológica de la población asignada y utilizarla para la planificación participativa.

Referencias

Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*, V.16, suplemento n° 1. <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>

Feo, O. (2019). De la APS al Cuidado Integral de la Salud. Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva. <http://www.iae.edu.ve.com>

Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, Vol. 30 (2): 179 a 183. <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>

Giovanella, L. *et al.* (2021). ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 19, 2021, e00310142. doi: 10.1590/1981-7746-sol00310

Gómez, C. y Guillén, C., (2017). Cap. 1 Acceso a servicios de salud y equidad tributaria. En Rivarola, M. (Coord.). *Fiscalidad para la equidad, tomo II* (pp. 9-47). Decidamos/ CADEP.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2016). *Manual de Funciones de las USF*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/7aa3c3-ManualdefuncionesdelasUSF1.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2017). Guía de trabajo en Atención Primaria de Salud. <http://www.mspbs.gov.py/aps/>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2018). *Cuentas de Salud 2018 Paraguay*. Dirección de Economía de la Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2019). *Manual de organización de los servicios de salud en el marco de la RISS*.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2020a). *Boletín epidemiológico Edición 43*. Dirección General de Vigilancia de la Salud. http://www.vigisalud.gov.py/files/boletines/SE43_2020_Boletin.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2020b). *Protocolo para manejo en el primer nivel de atención - Unidad de salud de la familia (USF) ante el síndrome respiratorio agudo grave (SARS cov 2)*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/8ccd21-ProtocoloUSF.pdf>

Necochea, E. y Bossemeyer, D. (2007). *Gerencia y Reconocimiento Basado en Estándares. Una guía de campo*. USAID / Jhpiego. Segunda edición. https://resources.jhpiego.org/system/files/resources/SMB_R_Spanish_FINAL.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma Ata. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49549/9789241565561_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*. 71ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la Pandemia de COVID-19 en las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Tejada de Rivero, DA. (2013). Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *RevPeruMedExp Salud Publica*. 2013;30(2):283-7.

Anexo 1

GUIA DE EVALUACIÓN DE UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA (USF) PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN ASIGNADA EN EL CONTEXTO DE LA PANDE- MIA COVID-19

| Estándar | Indicadores | Medios de verificación | Sí, no, no aplica. Comentarios |
|--|--|--|--------------------------------|
| 1. Cuenta con un equipo completo de salud de la familia que cumple 40 horas semanales 5 puntos | 1.Médica/o | Entrevista con los funcionarios Listado de recursos humanos con carga horaria | |
| | 2.Licenciado/a en enfermería u obstetricia | | |
| | 3.Técnico/a en enfermería u obstetricia | | |
| | 4.Polivalente o administrativo/a | | |
| | 5. Agentes comunitarios | | |
| 2. El establecimiento de salud puede organizar la atención en espacios diferenciados a pacientes con IRA y no IRA según normativa vigente 4 puntos | 1.Puesto/mesa para triage (a la entrada) | Observación directa | |
| | 2.Dos accesos IRA No IRA | Entrevista con los funcionarios | |
| | 3.Salas de espera IRA No IRA | | |
| | 4.Consultorios diferenciados IRA , No IRA | | |
| 3. El establecimiento de salud dispone de medicamentos e insumos suficientes para manejo de IRA y no IRA 3 puntos | 1.Lavamanos Jabón Alcohol Papel Basurero con pedal Tapabocas para pacientes | Observación directa Chequeo del listado 1 y 2 | |
| | 2.Elementos de bioseguridad Listado 1 | | |
| | 3.Medicamentos e insumos específicos para manejo de COVID-19 Listado 2 | | |

| Estándar | Indicadores | Medios de verificación | Sí, no, no aplica. Comentarios |
|--|--|---------------------------------|--------------------------------|
| 4. La USF dispone de medios de transporte para realizar las visitas domiciliarias y las referencias de pacientes 2 puntos | 1. Disponibilidad de medio de transporte operativo y equipado con al menos una camilla y con oxígeno de transporte para la referencia las 24 horas (propio o en articulación con otras instancias) | Entrevista con los funcionarios | |
| | 2. Disponibilidad de al menos 1 vehículo institucional para las visitas domiciliarias | | |
| 5. La USF dispone de medios de comunicación operativos y equipados para agendamiento, seguimiento y referencia de pacientes 4 puntos | 1. Disponibilidad de al menos una línea telefónica institucional | Entrevista con los funcionarios | |
| | 2. Disponibilidad de internet institucional | | |
| | 3. Disponibilidad de al menos 1 computadora institucional | | |
| | 4. Disponibilidad de computadoras institucional en red con el nivel regional para referencia y/o telemedicina | | |
| 6. El 100% del personal de salud de la USF recibió capacitación en el manejo de COVID 4 puntos | Fueron capacitados en el manejo de COVID: | Entrevista con los funcionarios | |
| | 1. Médicas/os | | |
| | 2. Personal de enfermería | | |
| | 3. Agentes comunitarios | | |
| 7. El personal de salud de la USF recibe acompañamiento, contención, apoyo del nivel superior 2 puntos | 1. Asistencia psicológica grupal/individual | Entrevista con los funcionarios | |
| | 2. Acompañamiento del superior | | |

| Estándar | Indicadores | Medios de verificación | Sí, no, no aplica. Comentarios |
|---|--|---|--------------------------------|
| 8. La USF tiene identificada, mapeada y dispensarizada al 100% de su población asignada 4 puntos | 1. Territorialización (mapa) | Observación directa Mapa Sanitario referenciado | |
| | 2. Censo | Ficha de censo familiar Registros de Actividad Diaria de la USF | |
| | 3. Dispensarización | Registros de población en programas específicos | |
| | 4. Clasificación por vulnerabilidad | Formularios de Vulnerabilidad | |
| 9. La USF cuenta con herramientas para evaluar satisfacción del usuario 1 punto | 1. Existen buzones de sugerencia y/o encuestas de satisfacción para los usuarios | Observación directa Buzones de sugerencias y/o Formulario de encuestas | |
| 10. El Equipo de Salud de la Familia ofrece continuidad de la atención a los pacientes según dispensarización de población asignada en cualquiera de las modalidades disponibles (telefónica, domiciliar o presencial en el servicio de salud) 6 puntos | 1. Se realiza consultas para dar continuidad de la atención a los pacientes no IRA | Entrevista con los funcionarios Chequeo listado de medicamentos para ECNT Registros de SAA | |
| | 2. Se garantiza la provisión regular de los medicamentos a los pacientes con ECNT Listado 3 | | |
| | 3. Cantidad de vacunación realizadas 2020/2019 | Entrevista con los funcionarios | |
| | 4. Prenatal | Entrevista con los funcionarios | |
| | 5. Los agentes comunitarios de salud de la USF realizan visitas domiciliarias para búsqueda activa comunitaria | Entrevista con los funcionarios Planillas de registro de los Agentes Comunitarios de Salud | |
| | 6. Educación y consejería (orientaciones para promover prevención y/o adhesión a recomendaciones o tratamientos para IRAs) | | |

| Estándar | Indicadores | Medios de verificación | Sí, no, no aplica. Comentarios |
|--|--|---|--------------------------------|
| 11. El Equipo de Salud de la Familia ofrece continuidad de la atención a los pacientes con COVID y otras IRAs con cualquiera de las modalidades disponibles (telefónica, domiciliar o presencial en el servicio de salud) 2 puntos | 1.El médico de la USF realiza consultas domiciliarias, telefónicas o presenciales en la USF para evaluación integral y seguimiento de los pacientes con COVID | Entrevista con los funcionarios Registro de consultas SAA | |
| | 2. El médico de la USF realiza el seguimiento de los contactos estrechos y de los casos sospechosos tanto telefónico como presencial, domiciliario o en la USF. | | |
| 12. La USF realiza agendamiento, consultas y seguimiento telefónico 3 puntos | 1.El personal de salud realiza el agendamiento telefónico | Entrevista con los funcionarios Registro de consultas SAA | |
| | 2.Consultas y seguimiento telefónico | | |
| | 3.Se expiden recetas electrónicas | | |
| 13. La USF se articula y organiza funcionalmente con la red de servicios del MSPYBS 4 puntos | 1.Se implementa la referencia de pacientes con IRA/COVID | Entrevista con los funcionarios Observación directa Hoja de Referencia y Contrareferencia | |
| | 2. Reciben la contra referencia de pacientes con IRA/COVID | | |
| | 3. La población asignada accede a las pruebas de PCR Sars cov2 según protocolo vigente | | |
| | 4.El equipo de salud de la familia accede a interconsultas con especialistas (telemedicina) | | |
| 14. La USF se articula y organiza funcionalmente con la comunidad para brindar atención integral a la familia y a la comunidad 1 punto | 1.Articulación del establecimiento de salud con su comunidad y/o con los actores comunitarios clave para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad | Entrevista con los funcionarios Registro de actividades comunitarias | |

| Estándar | Indicadores | Medios de verificación | Sí, no, no aplica. Comentarios |
|--|---|--|--------------------------------|
| 15. La USF determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad 1 punto | 1.LA USF cuenta con un plan local de salud participativo | Entrevista con los funcionarios Observación directa del Plan existente | |
| 16. EL equipo de la USF implementa actividades de comunicación para la promoción y prevención 3 puntos | 1. Número telefónico socializado de la USF o de algún personal de salud asignado 2. Los servicios de salud cuentan con carteles informativos visibles 3. Difusión y socialización de información acerca de COVID 19 a nivel comunitario a través de los medios de comunicación que estén a su alcance (radio, redes sociales) | Entrevista con los funcionarios Observación directa de carteles informativos Redes sociales Planilla de actividades | |
| 17. La USF detecta y/o conoce oportunamente a pacientes con Covid 19 positivos de su territorio y realiza el rastreo de contactos cercanos 2 puntos | 1.Detecta pacientes con sospecha de COVID 19 en la USF 2.Detecta o recibe a pacientes con diagnóstico de COVID 19 y a los contactos cercanos | Entrevista con los funcionarios Planilla de registros epidemiológicos | |
| 18. La USF conoce la evolución de los pacientes con diagnóstico confirmado 1 punto | Realiza el seguimiento a los pacientes con diagnóstico confirmado | Planilla de registros epidemiológicos | |
| 19. La USF brinda atención oportuna a pacientes no Covid-19 1 punto | Registro de seguimiento de HTA, Diabéticos, Obesos EPOC | Entrevista con los funcionarios | |

Listado de equipos médicos e insumos para COVID-19 en la USF

Balón de Oxígeno con oxígeno, mascarilla, bigotera, halo
Saturómetro
Esfigmomanómetro
Estetoscopio
Otoscopio
Tiras reactivas
Hipoclorito de sodio en recipientes opacos
Detergente
Alcohol gel
Lavamanos a pedal
Basureros
Bolsas rojas de 80 micrones con el símbolo universal de riesgo biológico
Recipientes resistentes descartex de polietileno de alta densidad
Azitromicina
Paracetamol, ibuprofeno
Dexametasona, prednisona
Enalapril

Equipos de bioseguridad para protección ante COVID- 19

| | |
|---|---|
| Personal administrativo | Mascarilla quirúrgica |
| Pre triage | Mascarilla quirúrgica |
| Área de atención a pacientes respiratorios Si inspección de garganta, fosas nasales y oído | Mascarilla quirúrgica Ropa exclusiva: mangas largas, pantalón, zapato Mascarilla N95 Protector ocular Protector facial Visor |
| Atención de urgencia | Ropa exclusiva de trabajo, chomba o mameluco completo, pantalón, zapato Bata impermeable Guantes de procedimientos Mascarilla N95 o similar Protector ocular/facial Visor Placa de acrílico o de plástico PVC |