

Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia - USF

Claudina Zavattiero

INDICADORES SALUD POBREZA UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA EVALUACIÓN PARAGUAY AGUA SANEAMIENTO DERECHOS HUMANOS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES FACTORES DE RIESGOS IMPUESTOS AL TABACO IMPUESTOS DIRECTOS E INDIRECTOS EQUIDAD EDUCATIVA SISTEMA EDUCATIVO DESIGUALDADES SOCIALES INVERSIÓN EN EDUCACIÓN GASTO PÚBLICO EN EDUCACIÓN CALIDAD DE LA EDUCACIÓN

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) del Paraguay. El estudio ofrece evidencias empíricas para analizar al Estado en su rol de garante de bienes públicos para generar equidad social y desarrollo sostenible.

Las USF, como parte de la estrategia de Atención Primera de la Salud (APS) y esta a su vez enmarcada en las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad, por tanto, de un sistema público de salud, buscan enfrentar y dar solución a problemas como: el alto gasto de bolsillo para la atención y recuperación de la salud, la alta morbilidad y mortalidad causada por enfermedades prevenibles, la insuficiente cobertura y la baja calidad de la prestación de los servicios, a un sistema de salud excluyente de los grupos más vulnerables, a la excesiva burocracia y corrupción en la gestión y persistente centralización y fragmentación del sistema de salud. La estrategia de APS organiza el sistema de salud público en redes de servicios, articulándolos entre sí, de manera a dar una respuesta integral al problema de salud. La Red de Atención Primaria debería ser la puerta de entrada preferente al sistema público.

Las principales debilidades identificadas en el estudio guardan relación con la falta de cobertura universal, el desequilibrio entre las actividades de promoción, de prevención y las curativas, y la falta de completitud de los recursos humanos. Habiendo identificado la necesidad de incrementar significativamente el número de unidades, llama la atención el estancamiento en la implementación de nuevas unidades en los últimos años, haciendo suponer que el grado de priorización depende de la voluntad política y de la inversión financiera.

Palabras clave: Evaluación, Unidades de Salud de la Familia (USF), Paraguay

Introducción

Las metas de las políticas públicas en el área de la salud son prácticamente las mismas en todo el mundo, siendo los objetivos universales: mejorar la salud y extender el tiempo de vida (OMS, 1978). No obstante, existen discrepancias entre el derecho de todas las personas a una vida larga y saludable, y las condiciones reales de la sociedad en cuanto al goce efectivo de derechos como el de la salud pública, la atención médica, el seguro social y los servicios sociales¹.

Las desigualdades según condiciones económicas, sociales, étnicas, culturales, educativas, laborales, de género, geográficas, en personas con discapacidades, VIH/sida, e incluso las generacionales muestran que el estado de salud y el acceso al sistema sanitario público no se da de igual manera en todos los sectores, siendo la pobreza e inequidad causa y consecuencia de dichas situaciones.

Estas diferencias entre distintos grupos sociales representan, al mismo tiempo, el resultado de las acciones del gobierno y el compromiso que el mismo tiene de respetar, proteger, satisfacer y garantizar el acceso a una vida digna a todas las personas. Sin embargo, los recursos técnicos, económicos y humanos destinados al sistema de salud son limitados y resultan insuficientes para cubrir las necesidades de salud de la población².

La cantidad de recursos disponibles para la implementación de políticas sanitarias definen los límites de las acciones del Estado. La escasez o el mal uso de esos recursos restringen la expansión de los bienes, servicios y oportunidades destina-

-
- 1 La Declaración de Alma Ata reiteró que por salud se debe entender “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad [...]” La definió también como un “derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante [...] cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (OMS, 1978). El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr fue consagrado por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946 (OMS, 1946), expresado en la Declaración Universal (artículo 25) y Americana (artículo 11) de Derechos Humanos en 1948, afianzado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) y reiterado en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud de 1998 (Resolución WHA51.7). El enfoque de derechos implica el reconocimiento de las personas como titulares de derechos que parten de su dignidad y las obligaciones del Estado en su cumplimiento, debido a la naturaleza jurídica. Esta perspectiva implica un cambio en la lógica de construcción de políticas que deben adoptar los Estados, que pasa de satisfacer las necesidades a garantizar las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos de los sectores excluidos.
 - 2 El gasto público en salud es del 4,5% del PIB en 2014 (CADEP, 2017). La inversión en salud ocupa el segundo lugar en términos del esfuerzo fiscal, con un promedio del 19,1% del Gasto Social (Paraguay Debate, 2015).

dos a satisfacer las necesidades de salud, ocasionando una cobertura incompleta que impide disminuir la distancia entre el sistema y la población. Situación preocupante si se considera que solamente un cuarto de la población tiene algún tipo de cobertura de seguro médico (DGEEC, 2016).

En este contexto, desde el 2008 se vienen implementando Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (PPCVSE) que reorienta el sistema público de salud en redes. Un Sistema Nacional de Salud inspirado en una política en salud que parte del derecho a la salud y calidad de vida como derechos humanos fundamentales que se satisfacen con la universalización de los derechos humanos (sociales, económicos, políticos, culturales y civiles). Asimismo, se sustenta en los principios de universalidad, equidad, integralidad, interculturalidad y participación social. Desde esta perspectiva, el sistema de salud es responsabilidad del Estado y tiene el compromiso de facilitar el acceso universal a la atención a la salud con calidad así como incidir en los determinantes sociales de la salud-enfermedad, junto a otros actores y sectores del desarrollo, en la búsqueda de superar inequidades en salud y construir calidad de vida para los y las habitantes del país (PPCVSE / MSPBS, 2009).

Dentro de este cambio de enfoque basado en los derechos, las Unidades de Salud de la Familia (USF) conforman la Red de Atención Primaria, que articuladas entre sí y con las otras redes conforman el Sistema Público de Salud. Las USF al estar conformadas por un médico, licenciadas y enfermeras son capaces de resolver la mayor parte de los problemas de salud de la comunidad, solamente los casos que requieran atención especializada deben ser derivados a otras redes de mayor complejidad y una vez que se resuelve el problema los pacientes son de nuevos referidos a la USF para su seguimiento.

A pesar de la relevancia de la estrategia de APS, 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, se requieren 2.450 unidades para contar con una cobertura universal, y se tienen 800. En otras palabras, la cobertura estimada de USF es del 33%³.

Dado el panorama brevemente presentado, cualquier esfuerzo en racionalizar la gestión de estos recursos redundará en una extensión y mejora del servicio. Por esta razón, el estudio realiza una evaluación descriptiva de las USF a partir de evidencia cuantitativa disponible en fuentes de datos oficiales, como los registros

3 El cálculo se realizó con base en datos proporcionados por MSPBS, Dirección General de Atención Primaria de la Salud (junio de 2017).

administrativos del MSPBS y las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). La evaluación toma en cuenta que la situación actual es producto de procesos anteriores, del contexto actual (político, económico y social) y de las coyunturas en las que se ejerce la gestión.

El documento consta de tres capítulos. El primer capítulo describe a grandes rasgos el sistema de salud pública del país. El segundo capítulo aborda el contexto sociodemográfico y la situación actual de la salud de la población paraguaya a partir de los determinantes sociales. El tercer capítulo presenta la evaluación descriptiva de las USF, dando cuenta de la cobertura en unidades, población, recursos humanos y atención que realiza. Finalmente, se presentan las conclusiones y desafíos para una política pública de salud a nivel nacional.

1. El sistema de salud pública

El derecho de la salud de la población paraguaya está contenido en la Constitución de 1992 (art. n° 3, 68 y 69), el Código Sanitario (Ley N° 836/80) y la Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud (SNS). Dicha Ley, reglamentada en 1998 (Decreto N° 21.376/98)⁴, para reorganizar el SNS, establece “la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud”, en cumplimiento a lo expresado en el art. 69 de la Constitución de 1992⁵.

El SNS opera mediante la oferta de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes⁶.

El sistema de salud en Paraguay esta segmentado y fragmentado (Dullak, et al., 2011). La segmentación (sector público, seguro social y sector privado con y sin fines de lucro) impone condiciones de acceso para la provisión y el aseguramiento

4 La finalidad primordial del SNS es prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.

5 “Se promoverá un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”.

6 La composición del Sistema Nacional de Salud se detalla en el Anexo I.

que restringe el ejercicio del derecho a la salud y el logro de mejores resultados de salud. Por su parte, la fragmentación, que se da cuando los diversos subsistemas no operan en forma coordinada y sinérgica⁷, impide una estandarización adecuada de la calidad, contenido, costo y aplicación de las intervenciones de salud, y promueve un uso poco eficiente de los recursos al interior del sistema en su conjunto (Acuña, 2005).

En 2008, el MSPBS propuso un nuevo enfoque del sistema de salud inspirado en los principios de universalidad, gratuidad, inclusividad, atención integral de la salud, promoción de la salud y calidad de vida y participación ciudadana, plasmado en la Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad (MSPBS, 2009a). La implementación de dicha estrategia supone pasar de un modo asistencial y curativo a un modo promocional de la salud y de la calidad de vida. Supone también, romper con la lógica fragmentada de los programas de salud y con la disociación entre lo asistencial y lo programático, dado que la aplicación de la misma permite dar respuestas integrales, orientando el modo de atención y gestión (MSPBS, 2009b).

Como estrategia para reducir el alto gasto de bolsillo para la atención/recuperación de la salud, se implementó la gratuidad universal de la atención sanitaria (atención, internación hospitalaria, cirugías, estudios auxiliares, medicamentos, etc., Resolución S.G. N° 140/08, S.G. N° 363/08 y S.G. N° 1.074/09)⁸. Se suma a estas gestiones la creación de la Dirección de Atención Primaria de Salud (Resolución S.G. N° 101/08) y la implementación del Modelo de Salud de la Familia para mejorar la cobertura insuficiente y, la baja calidad en la prestación de servicios. En consecuencia, se empezó a implementar la Atención Primaria de Salud (APS), a fin de ubicar los servicios más cerca de la población.

En el marco de la APS, las Unidades de Salud de la Familia (USF) están llamadas a funcionar como puerta de entrada a la comunidad, de modo que las relacio-

7 El MSPBS desarrolla funciones de rectoría, provisión y financiamiento. El Instituto de Previsión Social desarrolla funciones de aseguramiento, provisión y financiamiento, pero los segmentos son autónomos y no existe articulación entre ellos (Dullak et al., 2011).

8 Si bien desde hace varios años se venían implementando diferentes medidas de exoneración del cobro de aranceles a diversos segmentos de la población (en 2000 en menores de 5 años y embarazadas, en 2006 se extiende a menores de 10 años y para el 2007 se amplía la atención gratuita a embarazadas y recién nacidos, posteriormente se extiende la gratuidad hasta la adolescencia y población vulnerable incluyendo la entrega de medicamentos básicos esenciales y vacunas), no fue hasta finales del 2009 que se logra la exoneración de pago de aranceles para todas las prestaciones médicas y odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del MSPBS.

nes entre la ciudadanía y el sistema de salud se canalicen necesariamente a través de las USF. Estas, a su vez, están encargadas de derivar a las personas a los distintos niveles de atención sanitaria cuando corresponda.

De esta manera, apuntan a reducir la exclusión social aumentando la cobertura y el acceso a las redes de atención, en especial, la población vulnerable, asegurando una atención permanente y continua. Además de proporcionar diagnóstico y cuidados de atención primaria, las USF se encargan de difundir la llamada “Cultura de la Salud y de la Calidad de Vida” entre la población. Su estrategia implica actuar sobre las causas o condiciones sociales que generan las enfermedades, haciendo a la comunidad participe del cuidado de la calidad de vida y de la salud de sus integrantes (Paraguay Debate, 2015).

Desde fines del 2008 la implementación de las USF cambia la estrategia de atención⁹ y se convierte en la puerta de entrada con un médico de familia y primer nivel de atención, jerarquizando y ordenando la atención de manera a obtener una mayor racionalización en la utilización del resto de los servicios de salud.

La Red de APS se articula con las redes de Policlínica de Especialidades, de Urgencias y demás redes del sistema donde son referidos los casos que requieren atención especializada (MSPBS, 2009a).

En los niveles subnacionales, la conducción de la APS es ejercida por las autoridades sanitarias, apoyadas por las autoridades políticas, a través de los Consejos regionales y locales de salud, incluidos los intendentes, además de líderes comunitarios, profesionales y promotores o agentes comunitarios. (Dullak et al., 2011, p.2869)

El MSPBS dispone actualmente de 800 USF entre los 1.404 establecimientos que proveen servicios asistenciales de salud¹⁰, muchas de ellas funcionan en los

9 Las actividades asistenciales se realizaban en los servicios, diferenciados por niveles de atención, conforme a un manual de organización que hasta el año 2008 preveía los niveles de Puestos de Salud y Dispensarios como las puertas de entrada y los niveles de Centros de Salud y Hospitales Distritales como centros de derivación primaria y luego a los hospitales distritales y finalmente a los hospitales de referencia nacional.

10 Complementariamente, la red de servicios para la atención comunitaria y la atención primaria de salud (sin internación) está conformada por 97 Centros de Salud (CS), 378 Puestos de Salud (PS) y 53 Dispensarios. Para la atención médica especializada y fortalecimiento de las prestaciones de salud dispone de 70 hospitales de los cuales 17 son de referencia regional, 37 distritales, 2 generales, 4 especializados y 10 materno infantiles. Completa el sistema 11 centros especializados (MSPBS/DIGIES/DES, 2015). Parte importante de la atención especializada se concentra en la zona central del país. El programa de Asistencia en Emergencias Médicas está en Asunción y es el único a nivel nacional para esa especialidad (Paraguay Debate; CADEP, 2015). También se verifica que del total de médicos del MSPBS, el 64,5% están en Asunción y Central (DGEEC, 2015b).

antiguos Puestos de Salud. En las USF se realizan en forma gratuita controles de salud, consultas generales, control de crecimiento y desarrollo, vacunaciones, control prenatal, planificación familiar, examen de mamas, control de presión arterial, azúcar en sangre, curaciones, visitas domiciliarias y actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

2. La salud de la población paraguaya

2.1 Contexto sociodemográfico

Deben contextualizarse algunos aspectos que determinan las condiciones de salud de la población paraguaya, como su estructura y composición por sexo y edad, el nivel educativo y el acceso a determinados servicios básicos.

La población actual de Paraguay, en torno a 6,8 millones de habitantes, presenta paridad por sexo a nivel nacional (50,4% hombres y el 49,6% mujeres)¹¹ y se encuentra desigualmente distribuida en el territorio nacional¹². La mayor parte de la población reside en zonas urbanas (61,2%) con un lento proceso de urbanización (DGEEC, 2016). La población indígena representa al 1,8% de la población total y se distribuye homogéneamente entre regiones, un poco más de la mitad (52%) en la región Oriental y el resto (48%) en la Occidental (DGEEC, 2014).

Históricamente el Paraguay tuvo una estructura poblacional predominantemente joven, producto de las altas tasas de fecundidad prevalecientes hasta mediados del siglo pasado. Las reducciones en los niveles de mortalidad y el incremento de la esperanza de vida al nacer¹³ produjeron cambios en la estructura de la población. En términos demográficos, hoy es un país incipientemente envejecido (9,1% de la población tiene 60 años y más y 30,5% de población menor a 15 años) (DGEEC, 2016).

11 Esta tendencia se invierte a partir de los 30 años de edad y en mayor medida en las edades adultas mayores a raíz de una sobremortalidad masculina.

12 La región Occidental o Chaco, con tres departamentos y el 61% de la superficie total concentra menos del 3% de la población (densidad poblacional de 0,8 hab./km²), en tanto, la Región Oriental con 14 departamentos posee el 39% del territorio y el 97,1% de la población (42 hab./km²).

13 Representa el número medio de años de vida esperados para un recién nacido, manteniendo el patrón de mortalidad existente, en la población residente en determinado espacio geográfico en un año considerado. Actualmente los hombres tienen una esperanza de vida de 71,5 años y las mujeres de 75,9 años (CELADE, 2015).

Al descender la natalidad¹⁴, la principal causa del aumento poblacional fue la disminución de la mortalidad, en especial la infantil y la de los adultos mayores. Paraguay ingresa a la década del 50 con una tasa bruta de mortalidad de 8,8 por mil habitantes, la cual desciende sostenidamente hasta la actualidad (2010-2015), llegando a 5,7 por mil. Posteriormente comenzará a ascender como consecuencia del proceso de envejecimiento de la población (DGEEC, 2015a).

La disminución de la mortalidad constituye un importante logro que refleja mejoras en los sistemas sanitarios, educativos, económicos y sociales, al tiempo que representa un aumento de la longevidad de las personas. Este fenómeno desafía la planificación del sistema de salud con demandas presentes y futuras de la población adulta mayor.

Por otra parte, la población rural presenta una mayor vulnerabilidad que en las zonas urbanas, debido a bajos niveles educativos, bajos ingresos, precariedad de la vivienda, problemas de acceso a los servicios sociales y de salud, limitación en transportes públicos, entre otros. Debe recordarse además que la pobreza rural es muy superior a la urbana.

A nivel nacional la pobreza afecta al 28,9% de la población, incluido un 5,7% en condiciones de extrema pobreza o indigencia. Esta realidad, que afecta a más de 1.900.000 personas en el país, y que aumentó respecto a 2015, es casi dos veces mayor en términos porcentuales en el área rural frente al área urbana (39,7% y 21,9% respectivamente). La brecha entre áreas es todavía más profunda si se considera la pobreza extrema, 7,5 veces superior en el área rural respecto a la urbana (12,2% y 1,6% respectivamente) (DGEEC, 2016).

Las personas en situación de extrema pobreza no tienen la capacidad de adquirir una canasta básica de alimentos, lo que da como resultado poblaciones mal nutridas o alimentadas, con sus efectos negativos sobre el estado de salud. El daño que provoca la miseria repercute en varias generaciones, por ejemplo, el bajo peso al nacer, que afecta al 6% de los recién nacidos, indica en la mayoría de los casos, procesos acumulativos de privación y pobreza. Gran parte de la población infantil pobre sufre desnutrición, infecciones y diarrea. En medios rurales además padece exposición a agro tóxicos y contaminación (MSPBS, 2010).

14 La tasa global de fecundidad (TGF) se redujo de 3,5 en 2001 a 2,5 hijos en promedio por mujer en la actualidad (DGEEC, 2015a), provocando una reducción en la proporción de niños. La TGF es el número de hijos que en promedio tendría cada mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante el periodo fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de la población en estudio y no estuvieron expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del periodo fértil.

Otros aspectos que inciden en el estado de salud de la población son las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos. El acceso a agua corriente dista de ser universal en el país, puesto que el 19,4% de los hogares no accede, otro 20,9% de los hogares no posee desagüe cloacal adecuado y casi la mitad de los hogares continúan utilizando la quema como medio de eliminación de residuos (DGEEC, 2016), por la ausencia del servicio de recolección. En estos indicadores existen grandes diferencias entre el medio urbano y el rural, en detrimento de este último.

Uno de los pilares de la propuesta de las USF es la promoción de la salud. Para una adecuada toma de decisiones por parte de las personas abordadas, se requiere que tengan cierto nivel de instrucción que les permita utilizar críticamente la información recibida. En este sentido, la población de 15 años y más accede a niveles básicos de educación, es decir, en promedio a 9 años de estudio y un 5,4% es analfabeta. Las mujeres tienen mayor porcentaje de analfabetismo que los hombres, y aumenta según se trate de mujeres urbanas o rurales (3,8%, y 10,8% respectivamente) (DGEEC, 2016).

Del total de la población en edad escolar (de 6 a 17 años) el 7,5% no asiste a la escuela y en el caso de la niñez y adolescencia del área rural dicha cifra asciende a 9,2% (DGEEC, 2016). Debe recordarse que históricamente la dotación de servicios se ha caracterizado por una mayor presencia en el área urbana, en detrimento del área rural.

En suma, Paraguay transita actualmente el estadio de transición demográfica plena, presentando proporcionalmente disminuciones en el grupo de menores de 15 años, aumentos en el grupo en edades de trabajar, las mujeres en edades fértiles y los mayores de 60 años, longevidad prolongada y envejecimiento de la población, con una marcada tendencia a vivir en las ciudades.

Estos hechos tienen importantes implicancias en términos sanitarios dado que las necesidades de atención se transforman a partir de los cambios de la población. Cuando el país llegue a la etapa avanzada de transición demográfica, es decir, con una gran proporción de adultos mayores, tendrá múltiples desafíos. Algunos ya perceptibles son el cuidado de las personas dependientes, que en muchos casos tienen dificultades para desempeñarse por sí solos en la vida diaria y la atención de las enfermedades crónicas que vienen en aumento producto de la transición epidemiológica¹⁵.

15 Ocorre cuando disminuye la carga de enfermedades infecciosas, como la diarrea, asociadas normalmente con condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, y aumenta la carga de las enfermedades crónicas. Entre éstas se encuentran la diabetes, hipertensión, condiciones cardíacas y enfermedades pulmonares, que generalmente se asocian a estilos de vida poco saludables, caracterizados por el sedentarismo, tabaquismo, consumo de alimentos de alta densidad calórica y exceso en el consumo del alcohol (BID, 2017).

2.2 Indicadores de salud

La salud de la población en Paraguay ha mejorado significativamente en las últimas décadas. Un indicador sintético de esta realidad es la esperanza de vida al nacer de una persona, que en 1950 era de 62,7 años en promedio, mientras que en 2015 alcanza 73,7 años (incremento de 11 años). Se estima que en los siguientes 65 años (2080) llegará a 81,7 años, es decir, un incremento más lento (8 años) (CELADE, 2015).

Dicho aumento se relaciona con la disminución de los niveles de mortalidad, lo que en conjunto da cuenta de las mejoras en las condiciones socioeconómicas de un país, del acceso y calidad de los servicios de atención a la salud, de las políticas de protección social en salud y transversalmente de las 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 1.000 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 2.000 a 16,4 en 2015). El 86,8% de las muertes registradas de niños y niñas menores de 5 años de edad se produce en el primer año de vida y el 59,4% en los primeros 28 días de vida, además la mortalidad en este grupo es mayor en los varones. La segunda causa de muerte en niños menores de un año es por lesiones debidas al parto que podrían reducirse o evitarse en el sistema de salud y la principal razón en niños de 1 a 4 años es por causas externas como accidentes y traumatismos (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 el cumplimiento de las metas de reducción asumidas en los ODS¹⁶. Asimismo, la RMM es más elevada en determinadas zonas del país, en Misiones es de 51,4 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en Boquerón es de 346,7 por 100.000 nacidos vivos (MSPBS, 2015). 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 (Cuadro N°1). También

16 El tercer ODS en salud y bienestar plantea reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos para el 2030.

se tiene un alto número de embarazos adolescentes, el 17,7% de los nacidos vivos registrados por el MSPBS en 2015 tienen como madres mujeres entre 10 y 19 años.

Cuadro N°1
Indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud - Paraguay

Indicador	Valor	Fuente y año
Indicadores demográficos		
Población total	6.775.786	EPH 2016
Población menor a 5 años (%)	10,3	EPH 2016
Población menor a 15 años (%)	30,5	EPH 2016
Población de 60 años y más (%)	9,1	EPH 2016
Población indígena (%)	1,8	CNPV 2012
Edad mediana (años)	24	EPH 2016
Población en áreas urbanas (%)	61,2	EPH 2016
Tasa Global de Fecundidad	2,4	CELADE 2015-2020
Nacimientos anuales (en miles)	136,6	CELADE 2015-2020
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000)	5,7	CELADE 2015-2020
Muertes anuales (en miles)	38,8	CELADE 2015-2020
Subregistro de nacimientos (%)	19,6	MSPBS 2015
Subregistro de defunciones (%)	25,2	MSPBS 2015
Esperanza de vida al nacer	73,7	CELADE 2015-2020
Indicadores de salud		
Razón de Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos	81,8	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	14,2	MSPBS 2015
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos	16,4	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por enfermedades infecciosas Intestinales (EDA) por 1.000 nacidos vivos	2,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas de menores de 5 años por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) por 1.000 nacidos vivos	8,3	MSPBS 2015
Defunciones registradas sin asistencia médica (%)	27,3	IBS 2016
Recién nacidos con bajo peso al nacer (<2.500 gramos) (%)	6	IBS 2016

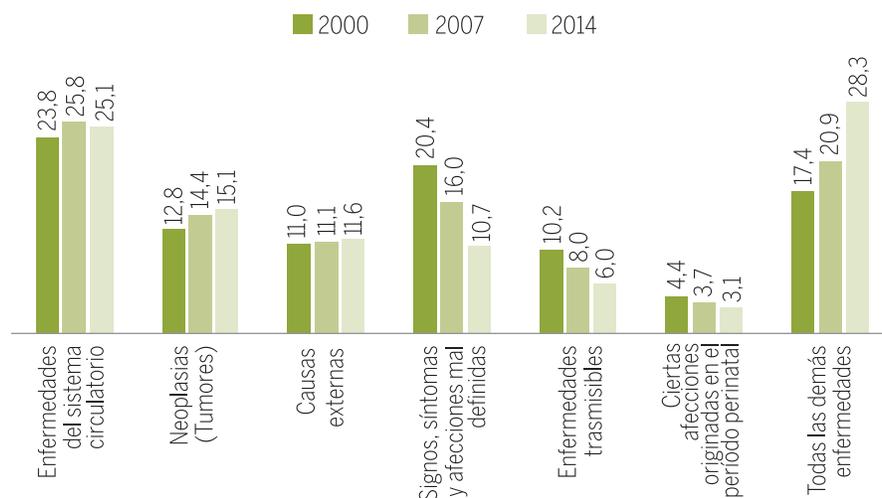
Indicador	Valor	Fuente y año
Incidencia de Tuberculosis, todas las formas, por 100.000 habitantes	34,9	IBS 2016
Embarazadas con 4 o más controles prenatales (%)	79,7	IBS 2016
Partos institucionales (%)	97	IBS 2016
Partos por cesárea (%)	48,7	IBS 2016
Población que cuenta con algún tipo de seguro médico (%)	25,9	EPH 2016
Población accede a servicios de salud cuando lo requiere (enfermedad o accidente) (%)	75,4	EPH 2016
Población con discapacidad (%)	10,7	CNPV 2012
Factores externos que inciden en la salud de la población		
Población en situación de pobreza monetaria (%)	28,9	EPH 2016
Población en situación de pobreza extrema monetaria (%)	5,7	EPH 2016
Hogares con servicio de recolección de basura (público o privado) (%)	46,2	EPH 2016
Hogares con desagüe cloacal (desagüe por red pública, pozo ciego con y sin cámara séptica) (%)	79,1	EPH 2016
Hogares con servicio de corriente eléctrica (%)	99,1	EPH 2016
Hogares con acceso a agua corriente (ESSAP, SENASA, red comunitaria y red privada) (%)	80,6	EPH 2016
Nivel de instrucción de la población de 15 años y más (promedio de años)	9,07	EPH 2016
Población de 15 años y más analfabeta (%)	5,4	EPH 2016
Población de 6 a 17 años que no asiste a una institución de enseñanza formal (%)	7,5	EPH 2016

Fuentes: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2016. (La Encuesta cubre todos los departamentos del país) DGEEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL (2015). Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100 Revisión 2015. Paraguay MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIIEV). Indicadores de mortalidad 2015. MSPBS, Indicadores Básicos de Salud (IBS) 2016.

Las principales causas de mortalidad en el Paraguay son: enfermedad del sistema circulatorio, tumores y causas externas (Gráfico N°1). Una situación preocu-

pante es el considerable aumento registrado de mortalidad debido a accidentes de transporte terrestre, que pasó de 400 personas en 2.000 a 1.211 en 2011.

Gráfico N° 1
Causas de mortalidad en Paraguay por años seleccionados



Fuentes: elaboración propia a partir de Subsistema de Estadísticas Vitales (SSIEV).
Dirección de Estadísticas (DES). DIGIES

Los padecimientos crónicos han desplazado de forma acelerada a las enfermedades infecciosas y complicaciones materno-infantiles como causas de muerte en las últimas décadas. La morbilidad de las personas adultas está fuertemente asociada a la hipertensión arterial y la diabetes, existiendo también problemas de neoplasias, principalmente, mama y cuello uterino en la mujer, y los de próstata, tracto digestivo y pulmón en el varón (Dullak, et al., 2011).

Según el último censo nacional de población (2012) el 10,7% de los habitantes del Paraguay presenta alguna discapacidad, siendo en mayor medida visual, seguida de la motriz. La población con discapacidad presenta menos acceso a la educación y menor alcance de la alfabetización, lo que los sitúa para el futuro en peores condiciones laborales (MSPBS, 2010) y mayores niveles de dependencia.

Asimismo, el origen étnico también es un factor que genera exclusión en los sistemas segmentados. En el Paraguay, el pertenecer a un pueblo indígena constituye una barrera de acceso a los sistemas de salud (OPS, 2003).

2.3 Acceso al sistema de salud

En el ámbito de la salud, un indicador que garantiza una cobertura ante cualquier eventualidad es la tenencia de seguro médico. En Paraguay la cobertura de seguro médico sigue siendo baja a pesar de haber aumentado en la última década a razón de 0,7 puntos porcentuales por año (DGEEC, 2016).

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), aun en el área rural donde la cobertura en general es baja. 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 (Cuadro N°2).

La cobertura del IPS en los dos quintiles más pobres alcanza al 2,9% y 10,7% de la población 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. El 20,1% de las personas que componen el quintil más rico adquieren seguros privados (Cuadro N°3). Cabe señalar que el aumento de tenencia de seguro médico en la última década se dio en el sistema de seguridad social y a expensas de los seguros privados (Cuadro N°2).

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 (Cuadro N°3).

Cuadro N°2

Evolución de la cobertura de seguro médico en salud^{1/} por área de residencia, según años seleccionados (%)

Seguro médico	2006			2011			2016		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
IPS	11,5	16,2	5,3	17,4	24,0	7,8	18,4	24,0	9,8
Otro tipo de seguro ^{2/}	7,5	11,4	2,4	7,4	10,6	2,6	7,4	10,3	2,9
No tiene	81,0	72,4	92,3	75,3	65,3	89,6	74,1	65,7	87,4
NR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2006, 2011 y 2016.

1/ Incluye seguro médico que el encuestado consideró principal.

2/ Incluye: seguro individual, laboral, familiar, militar y policial.

Cuadro N°3

Tenencia de seguro médico por quintiles de ingreso, 2016 (%)

Tipo de seguro	Total	Q1 (más pobre)	Q2	Q3	Q4	Q5 (más rico)
IPS	18,4	2,9	10,7	18,6	28,0	32,1
Seguro privado	6,1	*	1,0	2,0	7,1	20,1
Otros	1,4	*	*	0,8	2,7	3,0
Ningún seguro	74,1	96,9	88,1	78,6	62,1	44,8

Fuente: elaboración propia a partir de DGEEC, Encuesta Permanente de Hogares 2016.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

Todas las personas a lo largo del ciclo de vida demandan servicios de salud, no obstante existe un grupo con necesidad innegable de utilización de servicios de salud (población enferma o accidentada) y otro sin necesidades aparentes (personas sanas). El 38% de la población declaró haber estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días previos a la consulta, cifra que se acrecienta en la población de menores ingresos (44,7% del quintil más pobre), en zonas rurales (43,5%) y entre las mujeres (39,9%) (DGEEC, 2016).

A pesar de la necesidad de servicios de salud por parte de las personas enfermas o accidentadas, no todas tuvieron acceso a una consulta médica. Casi un cuarto de

la población enferma o accidentada no recibió atención (24,5%), debido a barreras geográficas, económicas o culturales. Los hombres y las personas del área rural presentan mayor exclusión (26,6% y 27,8% respectivamente) (DGEEC, 2016).

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 (Cuadro N°4).

La exclusión en salud, cuantificada mediante la población enferma o accidentada que no realiza consulta cuando tenía la necesidad de hacerlo, está dada mayormente por cuestiones no atribuibles directamente al sistema de salud, es decir, por autoexclusión (automedicación y percepción de dolencia no grave), no obstante, esto debería llamar la atención del sistema de salud y es allí donde las USF cumplirían un rol determinante.

Para el 2006, la autoexclusión representó la principal razón de no consulta del 79,6% de la población enferma o accidentada y para el 2016 asciende al 92,6%. La principal causa de autoexclusión es la automedicación, con niveles promedio del 60% en los últimos 10 años (Cuadro N°4).

Cuadro N°4
Población según condición de enfermedad y exclusión de los servicios por años seleccionados (%)

EXCLUSIÓN EN SALUD	2006	2016
Enfermo o accidentado	23,4	38,0
Se enfermó y consultó	60,9	75,5
Se enfermó y no consultó	39,1	24,5
RAZONES DE NO CONSULTA	100,0	100,0
Dolencia no grave	32,5	17,0
Se automedicó	47,1	75,6
Problemas de atención o costo*	18,6	3,2
Otra razón**	1,8	4,1

Fuente: procesamiento propio a partir de la Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

* Incluye: no hay atención cercana, la atención es mala y las consultas son caras.

** Incluye: no tuvo tiempo y otra razón

Los problemas atribuibles al sistema de salud como mala atención, carencia de atención cercana o costo de la consulta perdieron relevancia con el tiempo, llegando en la actualidad a representar solo el 3,2% de las razones, luego de significar casi una quinta parte una década atrás (Cuadro N°4). Entre las personas del quintil más pobre estos problemas representan el 4,6%.

La mayor participación en atención en salud la brinda el MSPBS, el 63,2% de las personas enfermas o accidentadas acudieron a algún establecimiento de la red del Ministerio, mayormente hospitales y centros de salud, con un aumento de 20 puntos porcentuales en la última década (Cuadro N°5). La presencia del MSPBS es particularmente relevante en el área rural brindando cobertura al 78,5% de la población que solicitó atención y entre la población de escasos recursos que en un 86,1% recurren al MSPBS. 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 (Cuadro N°5). La baja incidencia de las USF puede estar solapándose con los Puestos de salud dado que una parte de las USF operan en los antiguos Puestos de salud.

La disminución sostenida de las consultas no institucionales, que en el 2006 eran del 11,9%, descendiendo hasta el 4,4% para el 2016, son un reflejo de una mejora continua en la accesibilidad de los servicios de salud (Cuadro N°5).

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.

Cuadro N° 5
Población enferma o accidentada que consultó según establecimiento por área de residencia y sexo, años seleccionados (%)

Establecimiento	2006					2016				
	Total	Urbana	Rural	Hombres	Mujeres	Total	Urbana	Rural	Hombres	Mujeres
IPS	11,5	16,4	5,0	10,2	12,6	13,0	18,0	6,3	12,1	13,8
Hospital de Clínicas/ Materno Infantil	3,4	5,0	*	3,5	3,3	2,8	4,1	1,2	2,6	3,0
Hospital del Ministerio	14,5	12,7	16,9	15,6	13,6	23,3	25,9	19,9	23,7	23,1
Centro de Salud del Ministerio	24,1	21,8	27,2	23,5	24,7	23,9	18,9	30,7	24,7	23,2
Puesto de Salud del Ministerio	4,5	1,8	8,2	3,5	5,4	12,5	5,2	22,3	12,2	12,7
Unidad de Salud Familiar (APF/USF)	ND	ND	ND	ND	ND	3,5	1,9	5,6	3,5	3,5
Sanidad Militar o Policial	1,6	2,5	*	*	*	0,7	1,0	0,4	*	0,7
Sanatorio, Clínica o Consultorio privado	28,4	33,0	22,2	28,6	28,2	15,8	20,3	9,8	15,7	15,9
Farmacia	4,0	2,4	6,2	4,5	3,7	1,6	1,6	1,5	1,8	1,4
Casa**	6,3	2,7	11,0	7,5	5,2	1,7	1,3	2,1	2,1	1,3
Otro	1,6	1,6	1,6	1,4	1,8	1,2	1,8	*	0,9	1,4

Fuente: procesamiento propio a partir de la Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

ND: no disponible.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

** Incluye: casa de curandero, su casa, otra casa particular.

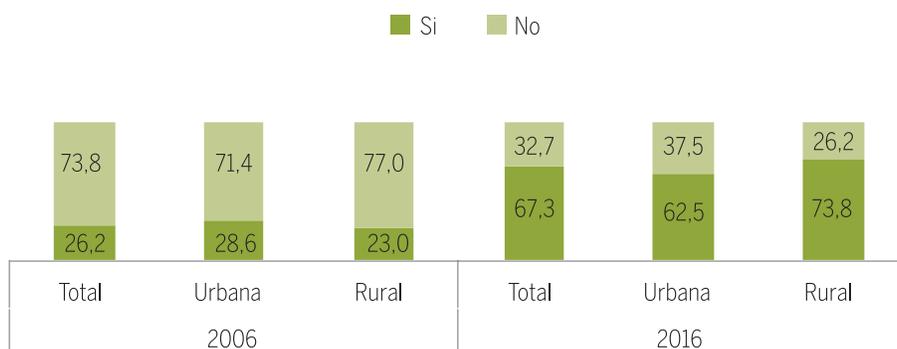
La mayor parte de las consultas son atendidas por un profesional médico (93%), sin embargo, dicha cifra varía de acuerdo a la especialización del establecimiento. En los hospitales del MSPBS el 99,2% de las consultas son atendidas por médicos, en tanto en los puestos de salud y las USF dicha cifra disminuye al

80,3% y 85,8% respectivamente, el porcentaje restante es asistido por personal de enfermería (DGEEC, 2016).

Por otra parte, el 67,3% de la población enferma o accidentada que asistió a una consulta médica declara haber recibido medicamentos de forma gratuita (Gráfico N° 2). En los puestos de salud y en las USF esta cifra asciende a 87% y 88,4% respectivamente (DGEEC, 2016).

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). En los últimos 10 años el acceso a medicamentos gratuitos creció 2,5 veces a nivel nacional y se triplicó en el área rural (Gráfico N° 2).

Gráfico N° 2
Población enferma o accidentada que asistió a una consulta y recibió medicamentos gratuitos por área de residencia, años seleccionados (%)



Fuentes: elaboración propia a partir de Encuesta Permanente de Hogares, 2006 y 2016.

A pesar de lo mencionado, una parte del acceso al sistema de salud es financiado con gasto de bolsillo. El principal riesgo que presenta este tipo de gasto no planificado es que ante una eventual enfermedad, el acceso a los servicios de salud depende de la capacidad económica de las familias. Esto eleva el riesgo de empujar a un hogar a la pobreza, originando mayor vulnerabilidad y en el peor de los casos sumergirlos en la pobreza extrema (CADEP, 2017, p.15).

Como gasto de bolsillo se incluyen, de igual forma, 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 enfermedad¹⁷. En 2014, la composición del gasto bolsillo en salud se concentra principalmente en el rubro medicamentos (43,3%), seguido por los gastos destinados a exámenes laboratoriales y radiografías (16,7%), los gastos en hospitalización e internación (16,3%), gastos en transportes (9,8%) y con (5%) cada uno los gastos destinados a comidas, consultas y otros. Por otra parte, el alto nivel de automedicación tiene una innegable incidencia en el porcentaje de gasto¹⁸ (Gráfico N°3).

En el 2014 en promedio las personas que declararon haber tenido alguna enfermedad o accidente durante los últimos 90 días tienen un gasto total promedio de Gs. 363.485. Dentro de la composición de los gastos destinados a la salud el más importante fue el pago por hospital e internación con un promedio de Gs. 2.969.170, afectando a 25.500 personas. Le sigue el gasto en exámenes laboratoriales y radiografías con un promedio de Gs. 342.023 incurrido por 227.105 personas, los pagos por compras de medicamentos fueron en promedio de Gs. 165.932 afectando a un volumen mucho mayor de personas (1.211.217), en tanto, los gastos por consultas ascendieron a un promedio de Gs. 95.959 en 222.662 personas. Para pago de comidas se destinaron en promedio Gs. 87.368 y Gs. 57.114 para pago de transporte.

Las personas que en 2014 consultaron en un puesto de salud o USF reportaron un gasto de bolsillo promedio casi cuatro veces menor al nacional (Gs. 96.000). La distribución del gasto es diferente al total nacional, concentrándose en mayor medida en medicamentos (66,2%, Gs. 74.000), seguido de gastos en exámenes laboratoriales y radiografías (15,5%, Gs. 161.000) y de gastos en transporte (13,3%, Gs. 24.000).

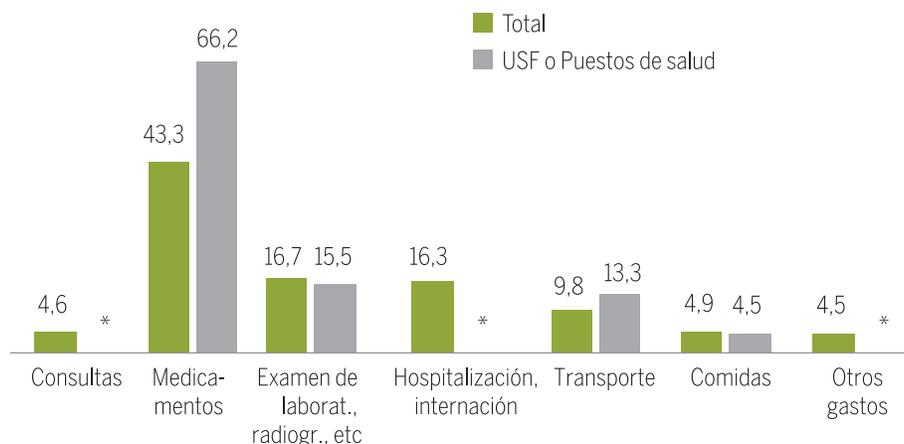
Esto estaría mostrando que a pesar de la política de gratuidad, la compra de medicamentos y los estudios siguen siendo uno de los principales gastos. Además, teniendo en cuenta que las USF buscan reducir la distancia geográfica entre la población y el sistema de salud, no debe pasar desapercibido que para un grupo de la población llegar a las USF o puesto de salud implica también un gasto de transporte, pudiendo estar representada mayormente por poblaciones rurales con difícil acceso a los centros asistenciales.

17 No se contempla el gasto mensual destinado al pago del seguro médico de IPS o privado.

18 Es importante resaltar las limitaciones de interpretación de los resultados, porque no se encuentran desagregados por niveles de especialidad, de complejidad de la atención, etc.

Gráfico N° 3

Distribución porcentual del gasto de bolsillo de la población que ha estado enferma o accidentada durante los últimos 90 días, según lugar de consulta, 2014 (%)



Fuentes: elaboración propia a partir de Encuesta Permanente de Hogares, 2014.

* Número insuficiente de casos para mostrar resultados.

En síntesis, ciertas características propias de la población (rural, pobre, indígena) limitan las condiciones de acceso y constituyen restricciones iniciales al ejercicio del derecho a la salud. El programa de las USF ha contribuido a acercar el sistema de atención primaria de la salud, especialmente a los grupos excluidos. Dado que constituyen la puerta de entrada al sistema, las mismas deberían ser dotadas en mayor proporción por profesionales médicos.

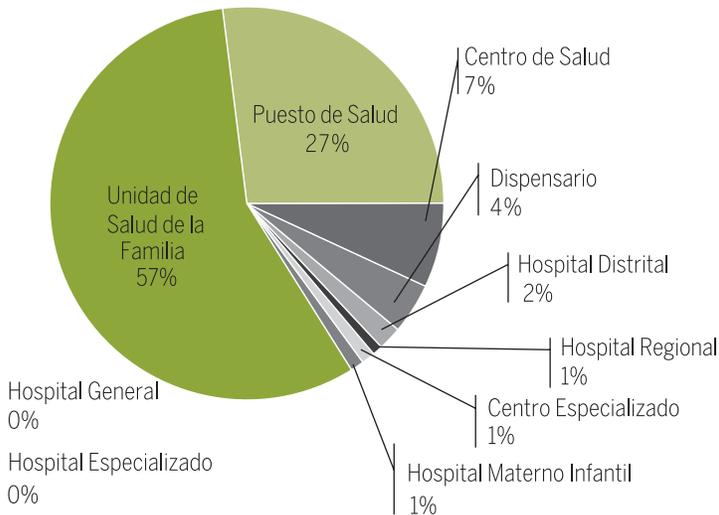
3. Las Unidades de Salud de la Familia

3.1 Cobertura de unidades y población

La Unidad de Salud de la Familia es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de la estrategia de la APS de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él (MSPBS, 2009a).

Aunque algunas unidades se han localizado en centros de nueva creación, la mayoría de las USF han ocupado las instalaciones de los antiguos centros de atención primaria (centros o puestos de salud). Las USF representan actualmente casi el 60% del total de establecimientos del Ministerio de Salud (Gráfico N°4).

Gráfico N° 4
Establecimientos del Ministerio de Salud, 2015 (%)



Fuentes: elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES.

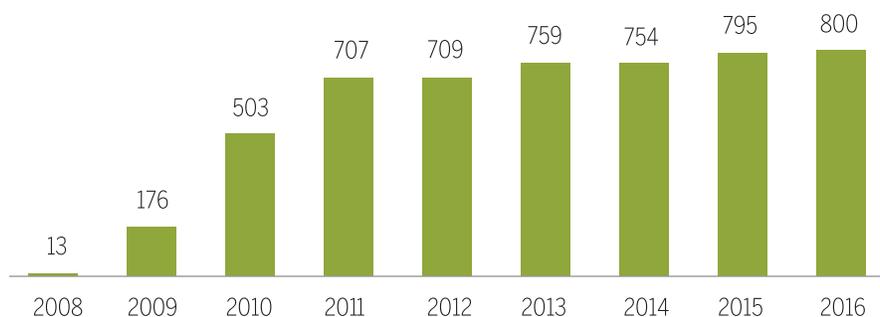
Los Equipos de Salud de la Familia (ESF) asumen la responsabilidad sanitaria y social sobre un territorio definido geográfica y demográficamente. Se basan en un criterio de fácil accesibilidad, con una distancia por carretera máxima de 30 km entre la USF y su población de referencia, 3.500 personas aproximadamente y hasta 5.000 personas por USF en caso de poblaciones muy dispersas (MSPBS, 2009a; Guillén, 2011).

A pesar de lo mencionado, según cálculos realizados a partir de la información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de Salud del MSPBS (junio de 2017), para el 2016 el promedio actual de cobertura de las USF es de 2.800 personas. En 31 de las 800 USF, la población cubierta supera las 5.000

personas, pero esto no se da en poblaciones dispersas sino en territorios densamente poblados (Asunción, Central, Alto Paraná e Itapúa mayormente).

La instalación de las USF en el territorio nacional es gradual. Inició con 13 unidades en los bañados de Asunción en el 2008 y en la actualidad se cuenta con 800 unidades distribuidas en los 17 departamentos más la capital (o regiones sanitarias del país), en 238 de un total de 251 distritos. Entre estos años la instalación de nuevas USF no ha tenido una progresión estable, destacándose un importante crecimiento entre 2008 y 2010, posteriormente en 2011 el aumento fue menos significativo y de allí en más (2012 a 2016) el crecimiento promedio fue de 19 unidades por año, con lo cual se puede decir que a la fecha la mayoría de las USF tienen una antigüedad de al menos 5 años (Gráfico N°5).

Gráfico N° 5
Número de Unidades de Salud de la Familia instaladas por año, 2008-2016
(acumulativo)



Fuente: elaboración propia a partir de MSPBS/DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV)

La brecha entre la población cubierta por las USF y la total determina el número de USF faltantes para brindar una atención universal. 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) (Cuadro N°6).

Un análisis a nivel departamental muestra que las USF de tres departamentos tienen coberturas de población por encima del 70% (Ñeembucú, Alto Paraná y Misiones), en tanto, otros quedan por debajo del promedio de cobertura nacional

(32,7%) como Central (18,9%), Caaguazú (22,8%), Asunción (22,9%), Alto Paraná (30,2%), Amambay (30,5%) y Boquerón (32,4%), requiriendo de un esfuerzo mayor para la implementación de nuevas USF (Cuadro N°6).

Cuadro N° 6

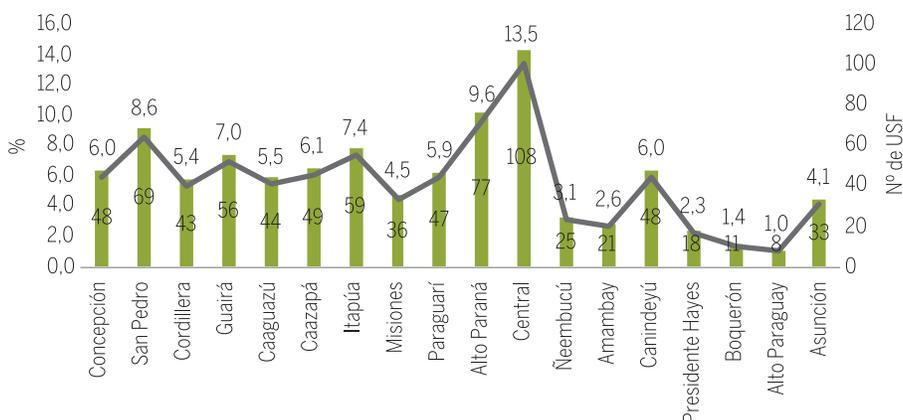
Población cubierta por las USF y estimación de número de USF faltantes por departamento para una cobertura universal, 2016

Departamento	Población 2016 (proyección)	Población cubierta por USF	Población cubierta (%)	N° de USF faltantes
Asunción	525.294	120.537	22,9	145
Concepción	240.495	112.977	47,0	46
San Pedro	414.503	193.664	46,7	79
Cordillera	295.256	114.779	38,9	64
Guairá	218.560	142.613	65,3	27
Caaguazú	540.176	123.170	22,8	149
Caazapá	182.039	103.616	56,9	28
Itapúa	584.201	209.215	35,8	134
Misiones	121.985	88.103	72,2	12
Paraguarí	253.557	106.394	42,0	53
Alto Paraná	785.066	237.146	30,2	196
Central	2.028.700	382.496	18,9	588
Ñeembucú	88.270	66.717	75,6	8
Amambay	161.869	49.355	30,5	40
Canindeyú	217.154	119.220	54,9	35
Pdte. Hayes	118.801	39.393	33,2	28
Boquerón	61.713	19.992	32,4	15
Alto Paraguay	16.897	12.359	73,1	2
Total	6.854.536	2.241.746	32,7	1647

Fuente: procesamiento propio a partir de DGEEC, Proyecciones de la población por sexo y edad, según departamento, 2000-2025 (Revisión 2015) y MSPBS, Dirección General de Atención Primaria de la Salud (junio de 2017).

Si se considera que el criterio a seguir para la instalación de las USF ha sido comenzar en las zonas (barrios o distritos) de mayor vulnerabilidad a lo largo de todo el país, se tiene una distribución por departamentos heterogénea debido a la densidad poblacional que debe cubrirse en ciertos departamentos. La mayor concentración de USF está en el departamento Central (108 USF equivalen al 13,5% del total), seguido de Alto Paraná (77 USF, 9,6%) y San Pedro con 69 USF (8,6%) (Gráfico N° 6).

Gráfico N° 6
Número y distribución porcentual de Unidades de Salud de la Familia instaladas por departamento, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de información provista por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS

3.2 Cobertura de las USF en zonas de pobreza

Considerando que las USF buscan acercar el sistema de salud a las poblaciones más vulnerables, se podría comparar su cobertura de población (un poco más de 2.240.000 personas en 2016) con la población en situación de pobreza desde diversos criterios.

La población en situación de pobreza por ingresos o monetaria asciende a 1.949.272 personas (DGEEC, 2016). Comparando esta cifra con la cantidad de personas atendidas por las USF, podría concluirse que las mismas cumplen con su objetivo de abordar a las poblaciones más vulnerables, pero que dista de una co-

bertura universal en 67,3%, es decir se encarga de atender al 32,7% de la población (población total 6.854.536)¹⁹ (Cuadro N°7).

El 32% de las USF se ubican en distritos de los cinco departamentos que concentran los mayores índices de pobreza monetaria, y por ende, los que necesitan mayor intervención. En el caso de San Pedro, el 97,1% de las USF instaladas fueron a zonas de pobreza; en Concepción la tasa alcanza el 91,7%; en Caazapá un 81,6%, y en Caaguazú un 75%. Sin embargo, en el caso de Paraguari (departamento de alto nivel de pobreza), solo un 36,2% de las USF instaladas fueron a zonas de pobreza (Cuadro N°8).

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). Desde esta perspectiva, son insuficientes para el logro del propósito que establece “acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios” (Cuadro N°7).

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°7).

Cuadro N°7

Cobertura de las Unidades de Salud de la Familia por departamentos, según pobreza 2016

Departamento	Población 2016 (proyección)	Población en situación de pobreza monetaria 2016	Población en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas 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

19 Se considera a toda la población puesto que uno de los pilares de las USF es el de promoción de salud preventiva que debería llegar a una cobertura universal.

Departamento	Población 2016 (proyección)	Población en situación de pobreza monetaria 2016	Población en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas 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
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
A. 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), Encuesta Permanente de Hogares EPH 2016, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 y MSPBS, Dirección General de Atención Primaria de la Salud

Existe otra aproximación para evaluar la llegada de las USF a la población vulnerable. La localización de las USF considera aspectos como el volumen poblacional, la extensión del territorio y la vulnerabilidad, por lo que su instalación puede compararse con la del Programa Tekoporã (año 2014)²⁰, focalizado en la lucha contra la pobreza y que utiliza una priorización geográfica de distritos en situación de pobreza para su despliegue en el territorio.

²⁰ Programa social orientado a la protección y promoción de las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad. Su principal objetivo es mejorar la calidad de vida de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad, facilitando el ejercicio de los derechos a alimentación, salud, y educación, mediante el aumento del uso de servicios básicos y el fortalecimiento de las redes sociales, con el fin de cortar la transmisión intergeneracional de la pobreza a través del acompañamiento socio familiar y comunitario y de una transferencias monetarias con corresponsabilidad.

En este sentido, la correspondencia entre ambos programas muestra que la cantidad de USF instaladas en distritos en pobreza donde se encuentra el programa Tekoporã es del 55,6%. En 7 de los 17 departamentos y la capital, más del 80% de las USF fueron localizadas en distritos considerados también pobres por el programa Tekoporã: Caazapá (81,6%), Pdte. Hayes (88,9%), Concepción (91,7%), Asunción (93,9%), San Pedro (97,1%), Amambay (100%) y Alto Paraguay (100%) (Cuadro N°8).

De los 125 distritos en donde operaba Tekoporã en 2014, solo en 5 lugares aún no se han instalado USF. Esos lugares son: General Elizardo Aquino y San Pablo en el departamento de San Pedro; Carmen del Paraná en Itapúa, Nanawa en Pdte. Hayes y Bahía Negra en Alto Paraguay. En los otros 120 lugares se han instalado USF (96%). Sin embargo, hay que recordar que por cuestiones de distancia y dispersión de población la cifra de 5.000 habitantes por USF puede no ser realista a la hora de querer llegar a poblaciones, sobre todo en la zona del Chaco, en donde se requiere de un nivel de intervención diferenciado. Se estima que con las 445 USF en zonas de pobreza se ha llegado a 1.246.000 habitantes, es decir, un 64% de la población pobre tiene disponible servicios de salud²¹.

Del mismo modo, analizando la cantidad de USF disponible en los distritos que concentran más del promedio nacional de población en situación de pobreza por necesidades básicas insatisfechas (44,5%) se evidencia una disponibilidad del 60,8% del total de las USF (Cuadro N°8).

Cuadro N° 8
Número de USF por departamento y zonas de pobreza, 2016

Departamento	Total USF (2016)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)	% del total de USF en zonas de pobreza (Tekoporã) 1/	% del total de USF en zonas de pobreza por NBI (2012)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)
Asunción	33	31	baja pobreza	93,9	NA
Concepción	48	44	48	91,7	100,0
San Pedro	69	67	69	97,1	100,0

21 Según datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, para el año 2016, el 28,86% de la población (1.949.272 personas) viven en condiciones de pobreza. Encuesta Permanente de Hogares 2016.

Departamento	Total USF (2016)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)	% del total de USF en zonas de pobreza (Tekoporã) 1/	% del total de USF en zonas de pobreza por NBI (2012)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza (NBI)
Cordillera	43	3	21	7,0	48,8
Guairá	56	24	43	42,9	76,8
Caaguazú	44	33	39	75,0	88,6
Caazapá	49	40	49	81,6	100,0
Itapúa	59	17	42	28,8	71,2
Misiones	36	24	15	66,7	41,7
Paraguarí	47	17	33	36,2	70,2
Alto Paraná	77	13	29	16,9	37,7
Central	108	38	baja pobreza	35,2	NA
Ñeembucú	25	11	17	44,0	68,0
Amambay	21	21	8	100,0	38,1
Canindeyú	48	38	36	79,2	75,0
Pdte. Hayes	18	16	18	88,9	100,0
Boquerón	11	0	11	0,0	100,0
A. Paraguay	8	8	8	100,0	100,0
Total	800	445	486	55,6	60,8

Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud (junio 2016), DGEEC, Censo Nacional de Población y Viviendas 2012 y programa Tekoporã (2014).
1/ Como criterio para definir los distritos en donde el gobierno ha estado invirtiendo en el combate a la pobreza se tomaron los departamentos y distritos en los cuales el Programa Tekoporã está instalado (año 2014), dado que este ha sido el programa prioritario a través del cual este y el anterior gobierno focalizaron la lucha contra la pobreza.

Según datos de la EPH 2016, unas 693.493 personas son beneficiarias del programa Tekoporã, de ellas, el 43,7% reportó alguna enfermedad o accidente durante los 90 días previos a la encuesta (303.041 personas), de las cuales, el 74,8% consultó con algún médico, curandero y/o algún profesional de salud. Entre las personas beneficiarias que consultaron, el 7% lo hizo en alguna USF (15.861 personas), en tanto, el 65,5% acudió a algún Centro o Puesto de Salud del MSPBS.

Los Centros y Puestos de salud se asemejan mucho a las USF en infraestructura y dotación, por lo que el bajo porcentaje de consulta en las USF declarado por las personas puede deberse a una confusión de establecimientos, o bien a la carencia de unidades en determinadas zonas, como ya se mencionó antes. Es importante contemplar que el 85,2% de las familias beneficiarias del programa Tekoporá reside en zonas rurales.

En el caso de los beneficiarios de la pensión alimentaria para adultos mayores (65 años y más) en situación de pobreza –Ley 3.728/09 implementada desde 2010–, como es de esperar debido a la edad de las personas, en mayor medida reportaron haber estado enfermas o accidentadas (63,0%), de ellas, el 79,6% asistió a una consulta médica, pero solo una ínfima parte fue a una USF. Predomina la concurrencia a hospitales de mayor envergadura (públicos o privados), pudiendo deberse a la necesidad de atención especializada de enfermedades crónicas que prevalecen en la edad adulta mayor.

Otros indicadores que se relacionan con los niveles de pobreza son la ruralidad y la escolaridad. En este sentido, los departamentos que tienen conjuntamente mayor proporción de su población en el área rural y menor nivel de escolaridad de la población de 15 años y más y en los que se han instalado menor número de USF son: Cordillera, Caaguazú, Paraguari y Pdte. Hayes, salvo este último, los anteriores también coinciden en ser densamente poblados (mayor al promedio nacional) (Cuadro N°9).

Cuadro N°9
Número de USF por departamento e indicadores seleccionados, 2016

Departamento	Total USF (2016)	Densidad poblacional (hab./km ²)	% de población rural 2016	Nivel de escolarización (promedio de años de estudio de la población de 15 años y más)
Asunción	33	4489,7	0,0	11,5
Concepción	48	13,3	59,4	8,1
San Pedro	69	20,7	80,3	7,8
Cordillera	43	59,7	67,3	8,3
Guairá	56	56,8	62,5	8,0
Caaguazú	44	47,1	61,1	8,0
Caazapá	49	19,2	77,3	7,1

Departamento	Total USF (2016)	Densidad poblacional (hab./km ²)	% de población rural 2016	Nivel de escolarización (promedio de años de estudio de la población de 15 años y más)
Itapúa	59	35,4	55,8	7,9
Misiones	36	12,8	42,7	8,7
Paraguarí	47	29,1	71,1	8,1
Alto Paraná	77	52,7	28,8	9,0
Central	108	823,0	14,1	10,0
Ñeembucú	25	7,3	36,7	8,6
Amambay	21	12,5	27,8	8,8
Canindeyú	48	14,8	58,4	7,9
Pdte. Hayes	18	1,6	63,2	8,6
Boquerón	11	0,7	ND	ND
Alto Paraguay	8	0,2	ND	ND
Total	800	16,9	38,8	9,1

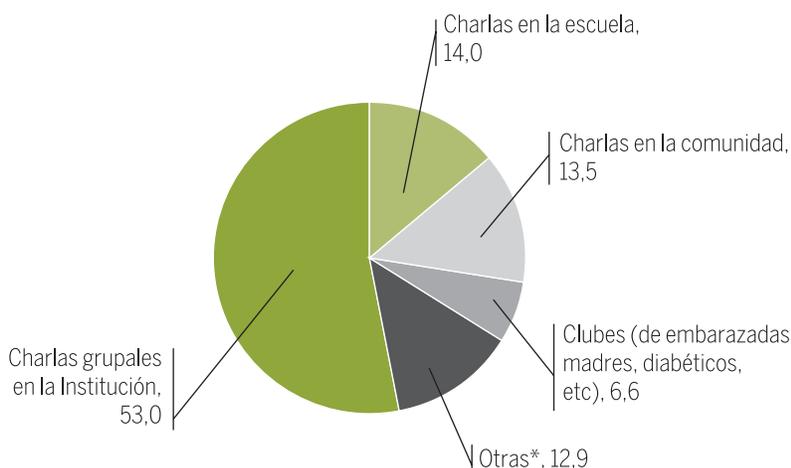
Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud (junio 2016), DGEEC, proyecciones de población (Revisión 2015) y Encuesta Permanente de Hogares 2016. ND: dato no disponible en EPH 2016.

3.3 Cobertura de servicios y dotación de recursos humanos

Las acciones de las USF se dividen en dos grandes grupos: actividades de promoción y de prevención o seguimiento. Para brindar estos servicios interactúan varios actores: el MSPBS, a través de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud; las 18 Regiones Sanitarias; el Plan Ampliado de Inmunización – PAI; la Dirección General de Atención a Grupos Vulnerables; la Dirección General de Programas de Salud; la Dirección General de Promoción de la Salud; la Dirección General de Vigilancia de la Salud; la Dirección General de Salud Indígena; el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; y la Dirección General de Bioestadística; la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República; la Secretaria Nacional de la Niñez y Adolescencia; las gobernaciones entre otros.

Durante el 2016, el MSPBS ha realizado un total de 147.200 actividades de promoción de la salud a través de las USF (incluye actividades educativas, preventivas, curativas y de rehabilitación en cada etapa del ciclo vital), 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) (Gráfico N°7). En promedio se realizan al año 184 actividades de promoción por USF, es decir, una actividad cada dos días en cada USF.

Gráfico N° 7
Distribución porcentual de actividades de promoción realizadas en las USF, 2016

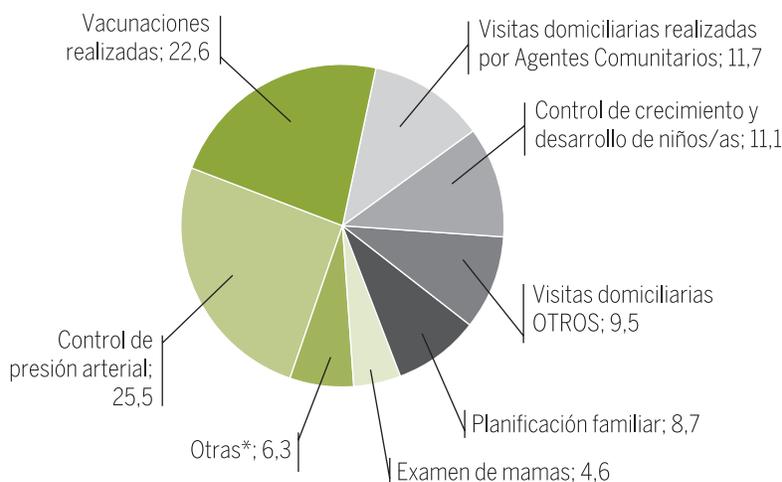


Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS (junio, 2017).

* Incluye: Reuniones temáticas, Charlas en la radio, Presentación de informes a la comunidad, Mingas ambientales y Audiencias públicas.

Además se llevaron a cabo 5.643.813 actividades de prevención o seguimiento entre las que se destacan el control de la presión arterial (25,5%), vacunaciones (22,6%), visitas domiciliarias realizadas por Agentes Comunitarios (11,7%) y control de crecimiento y desarrollo de niños/as (11,1%) (Gráfico N°8). En promedio cada USF lleva a cabo 7.055 consultas anuales, lo que da un promedio de atención de 19 consultas diarias por USF.

Gráfico N° 8
Distribución porcentual de actividades de prevención/ seguimiento realizadas en las USF, 2016



Fuente: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS (junio 2017).

* Incluye: Control prenatal, PAP realizado, Determinación de glicemia, Pacientes febriles.

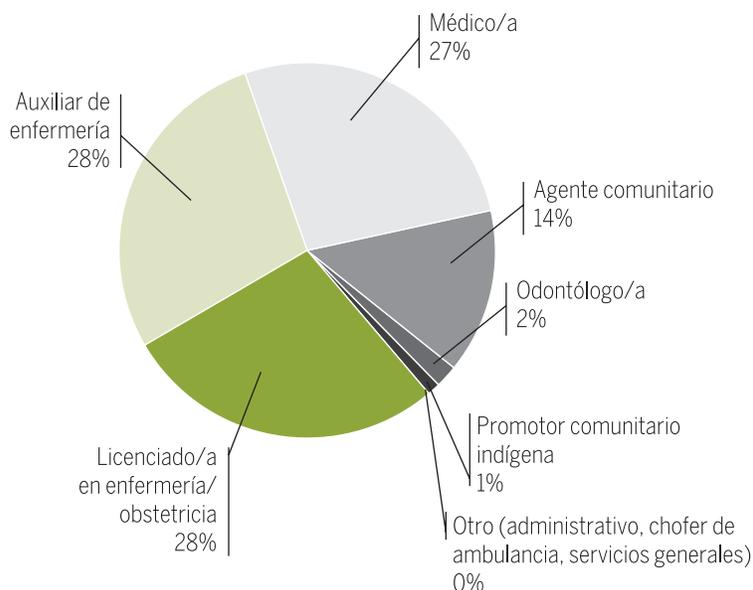
La gran diferencia en la cantidad de consultas (prevención o seguimiento) realizadas frente a las actividades de promoción muestra el desbalance entre los pilares del sistema²². Para atender esta demanda de servicios cada USF está dotada como mínimo de un Equipo de Salud de la Familia (ESF), pudiendo ser más de uno según necesidades, los equipos están conformados por un médico/a; un licenciada/o en enfermería u obstetricia; un auxiliar de enfermería; agentes comunitarios de salud; odontólogos o auxiliares de salud bucal; promotores de salud indígena y un auxiliar administrativo.

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. Este plantel se distribuye de la siguiente manera: médicos (26,8%), licenciados en enfermería/

22 Cabe destacar que no se tuvo acceso a información diferenciada por sexo que permita analizar la igualdad en el acceso por parte de hombres y mujeres ni por grupos de etarios.

obstetricia (28,5%) y auxiliares en enfermería (27,8%). En menor medida se cuenta con agentes o promotores comunitarios (14,8%), odontólogos (1,9%) y otros (0,2%)²³ (Gráfico N°9).

Gráfico N° 9
Dotación de Recursos Humanos en las USF, 2016



Fuentes: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS.

No todas las USF cuentan con el plantel mínimo establecido. Sin contemplar las USF satélites (que solo cuentan con licenciados en enfermería/ obstetricia y representan el 1,5 del total de USF), el 10,3% de las USF carecen de un médico, el 7,4% de licenciados en enfermería/ obstetricia y el 7,0% de auxiliares en enfermería. Lo anterior arroja como resultado global un total de 176 USF que opera

²³ Además de lo mencionado, la DGAPS contrata a nivel central personal administrativo para cargos de directorio, encargados, fiscalizadores, jefes, secretarías y choferes (23 personas). A nivel regional también cuenta con Coordinadores de APS (54 personas).

con cuadros profesionales incompletos (22% de las USF), siendo la principal necesidad cubrir las vacancias de médicos. En 11,9% de estas USF falta más de un profesional (Cuadro N°10).

Cuadro N° 10
USF con recursos humanos incompletos, 2016

Profesional faltante	Nº de USF	Distribución porcentual
Médico	69	39,2
Licenciado/a en enfermería/ obstetricia	45	25,6
Auxiliar de enfermería	41	23,3
Médico y Licenciado	6	3,4
Médico y Auxiliar	7	4,0
Licenciado y Auxiliar	8	4,5
TOTAL	176	100,0

Fuentes: elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del MSPBS (octubre, 2017).

Respecto a lo anterior, Carrizosa (2014), al evaluar la gestión pública en salud 2013-2014, sostiene lo siguiente:

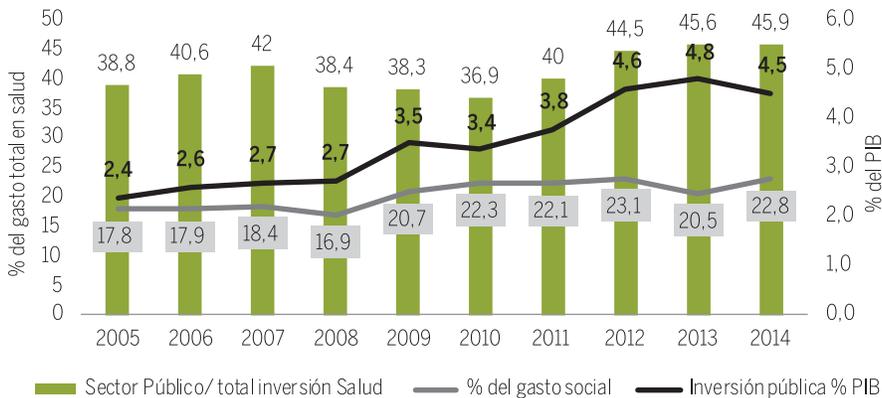
Estamos observando que con esta política más “asistencialista-médica” se han fortalecido los servicios de salud (más recursos y mejores salarios), lo cual es bueno, pero sin embargo el sistema de atención primaria se ha debilitado. Este incremento de los salarios ha instaurado sin embargo una inequidad salarial en el sistema, ya que actualmente un médico de los servicios de salud gana por 12 horas semanales de atención en consultorios lo que un médico de APS gana en 40 horas semanales de trabajo, generándose un incentivo negativo que puede afectar con el tiempo a las USF. Tampoco se ha logrado una mayor integración de estas unidades de atención primaria a la red de servicios de salud (hospitales, centros de salud, etc.), una dificultad que el sistema arrastra desde la creación de las USF y que hasta ahora funcionan de forma paralela a la red de servicios y que consecuentemente resta integralidad y efectividad al sistema (p.10).

Según Dullak, et al. (2011), las dificultades reales para operacionalizar la APS en los niveles subnacionales tienen que ver con restricciones presupuestarias, capacidad de gestión para formular políticas sanitarias descentralizadas y organización incipiente.

3.4 Presupuesto

Los orígenes de las fuentes de financiamiento del sector salud son públicos, privados y externos (Dullak, et al., 2011). 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 salud²⁴ con relación al PIB, pasando de 2,4% en 2005 a 4,5% en 2014 (Gráfico N°10). El mayor impulso se dio en 2009 debido a la implementación del Programa Atención Primaria de la Salud, cuyo presupuesto está destinado a las 18 Regiones Sanitarias del país y a las Unidades de Salud Familiar (USF). 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).

Gráfico N° 10
Evolución de la inversión pública en salud relativa del total de la inversión y como porcentaje del PIB.



Fuentes: elaboración propia a partir de CADEP, 2017

²⁴ Es la erogación que realiza el Gobierno en la atención directa de la salud de la población de forma a asegurar el óptimo estado sanitario de la comunidad. Este gasto incluye asistencia médica y hospitalaria de las personas para la promoción, protección y recuperación de la salud, provisión de medicamentos, vacunación, vigilancia epidemiológica y acceso a agua potable, saneamiento, entre otros. El gasto social en salud representa el 21,9% del total del gasto social en 2015.

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 principal 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).

3.5 Resultado de evaluaciones previas realizadas a las USF

Los estudios de monitoreo y evaluación (Gobierno municipales y departamentales, Secretaría de Acción Social, Ministerio de Educación y Cultura) (SER, 2010; Santín, 2011; Monroy, 2011; DIPLANP, 2012) realizados a las USF indican que los principales desafíos para mejorar la eficiencia y calidad de las mismas son:

- Completar los equipos de salud de la familia con los/as promotores/as de salud y la eliminación de tareas simultánea (funciones clínicas, administrativas y de gestión),
- Mejorar la dotación de insumos, medicamentos (irregular e insuficiente para cubrir la demanda), equipos y espacios físicos reducidos,
- Mayor inversión en servicios de odontología, que son los más demandados y no son ofrecidos en todas las USF,
- Mejorar la coordinación intrainstitucional de los programas de salud, el funcionamiento de la red de atención primaria y la coordinación interinstitucional, y,
- Proporcionar medios para la movilización de pacientes y para las actividades extramurales.

Por su parte, se han encontrado como aspectos positivos los siguientes;

- La población incurre en menos gasto al contar con un servicio de salud completo dentro de la comunidad que resuelve su problema de salud sin necesidad de la derivación,
- La presencia de USF favorece el acceso al derecho a la salud y a la superación de barreras geográficas, sociales, económicas y culturales, sobre todo para las poblaciones alejadas y con elevados niveles de pobreza,

- La percepción de las personas usuarias de las USF es favorable en cuanto al trato recibido, la gratuidad, el horario de atención, la presencia de varios profesionales de salud, y,
- La instalación de las USF ha permitido dar servicios de salud básicos a las comunidades indígenas, las cuales se están acercando con mayor confianza al sistema de salud.

Conclusiones

El análisis de los indicadores de mortalidad y la situación de salud de la población, junto con las tendencias demográficas, evidencian que el país está enfrentando significativos retos sanitarios y de cuidados, producto de cambios demográficos y epidemiológicos. Esto obliga a actuar con urgencia en el diseño de políticas sanitarias destinadas a vencer los obstáculos sociales y económicos que dificultan a la población acceder al sistema de salud, además de vincularlo con el acceso a otros derechos como el de educación, agua potable y saneamiento, y protección social que contribuyan a la calidad y equidad de la salud, la calidad de vida de sus habitantes y el desarrollo del país.

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.

A pesar de ello, la participación del sector público en salud va ganando terreno en los últimos años, a expensas del sistema privado y a partir de la utilización en mayor medida de los puestos de salud o USF. La mayor accesibilidad de los servicios de salud desincentiva las consultas no institucionales.

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. Habiendo identificado la necesidad de incrementar significativamente el número de unidades, 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.

Desafíos de políticas públicas

En resumen, aún se requieren esfuerzos para asegurar una atención de calidad para todos, particularmente los más vulnerables. En este sentido, las sugerencias dirigidas al Estado paraguayo sobre acciones concretas respecto a política pública que contribuyan a lograr una mayor equidad en la política fiscal, son las siguientes:

- Reforzar las políticas para lograr la cobertura universal de los servicios de salud,
- Crear y/o adecuar los espacios de infraestructura de las USF en territorios sociales aún no cubiertos y optimizar la capacidad resolutive de las ya existentes a través del equipamiento médico básico necesario para la atención,
- Prestar servicios con ciertos estándares para que una mayor cobertura se traduzca en mejores resultados en salud,
- Crear infraestructura administrativa y organizacional capaz de asegurar una alta calidad de la atención,
- Ampliar los servicios de atención primaria para abordar una gama de condiciones, atendiendo a la rápida transición epidemiológica de las enfermedades infecciosas a las no transmisibles y crónicas (como la diabetes y la hipertensión),
- Promover la igualdad en el acceso,
- Formar recursos humanos para la APS con estrecha vinculación con las Universidades locales, y
- Realizar estudios rigurosos para introducir reformas al sistema.

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 ingreso 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 bibliográficas

- Acuña, M. C. (2005). *Exclusión, protección social y el derecho a la salud*. OPS/OMS.
- Carrizosa A. (2014). La Gestión Pública en salud. Algunas reflexiones críticas sobre el periodo Agosto 2013 – Agosto 2014. *Debate revista digital de políticas públicas* N° 4 agosto 2014.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2017). Vivimos menos pero somos más saludables. ¿Cómo lo enfrentamos? Recuperado de: <https://blogs.iadb.org/salud/2017/08/14/vivimos-mas-pero-somos-menos-saludables/>
- Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP) (2017). *Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados*. Paraguay: CADEP.
- Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP) (2016). *Gasto Social en Salud. Cartilla fiscal N°18*. Paraguay: CADEP.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. (2015). *Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo. 1950-2100. Revisión 2015 Paraguay*. Chile: CEPAL.
- Dullak, R., Rodríguez-Riveros, M. I., Bursztyn, I., Cabral-Bejarano, M. S., Ruoti, M., Paredes, M. E., Wildberger, C.; Molinas, F. (2011). *Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva*. Ciência & Saúde Coletiva, Junio-Sin mes, pp. 2865-2875.
- Guillén, M. C. (2011). *Sistemas de salud en Sudamérica: desafíos hacia la integralidad y equidad*. Asunción: MSP y BS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009a). *Manual de funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF)*. Asunción: MSPBS.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009b). *Planificación Estratégica 2009-2013*. Asunción: MSPBS.
- Mojarro O., et al. (2003) *Mortalidad materna y marginación municipal. Situación Demográfica de México*. México: Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- OPS/OMS – ASDI (2003). *Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe*, Serie “Extensión de la protección social en salud #1”, Washington DC.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1946). *Conferencia Sanitaria Internacional Documentos Básicos, 43ª edición*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1978). *Declaración de Alma Ata*, Conferencia sobre la Atención Primaria de la Salud (icphc/ala/78.10), Alma Ata, URSS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*. Ginebra: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations Population Division.
- Paraguay Debate; CADEP (2015). *Protección social clave para la igualdad de oportunidades*
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2009). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad*. Asunción: MSPBS.
- República del Paraguay; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010). *Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015*. Asunción: MSPBS.

- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2014). *III Censo Nacional de Población y Viviendas para Pueblos Indígenas*. Fernando de la Mora: DGEEC.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social - Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2016a). *Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso, Encuesta Permanente de Hogares 2016*. Fernando de la Mora: DGEEC.
- 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/
- 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.
- República del Paraguay; Secretaría Técnica de Planificación- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) (2015b). Compendio Estadístico 2014. Fernando de la Mora, DGEEC.
- Rodríguez, J. C., Villalba R. (2016). Gasto y gestión de la salud pública situación y escenario materno infantil, Asunción, Investigación para el Desarrollo.

Anexos

I. Composición del Sistema Nacional de Salud

Actualmente el sistema de salud es mixto compuesto por proveedores del sector público y privado. En el primero se destacan:

- **Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS):** institución rectora de la política sanitaria nacional. Tiene como misión garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y servicios de salud a fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Sus gastos son financiados principalmente por el tesoro público y el crédito público. La estructura jerárquica del sistema de salud pública de Paraguay es la siguiente, se dispone de un Hospital Regional en cada departamento, luego hospitales distritales en los distritos más grandes y por último Centros y Puestos de salud.
- **Universidad Nacional de Asunción (UNA):** ofrece servicios de atención ambulatoria, hospitalaria y especializada para la cual dispone del Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil de San Lorenzo. Ambos están dirigidos a atender las necesidades de la población de escasos recursos. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación en lo que corresponde a la Facultad de Ciencias Médicas.
- **Sanidad Militar:** brinda atención a su personal activo, retirados, familiares de dichos cuerpos y excombatientes. Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación a través de lo asignado al Ministerio de Defensa.
- **Sanidad Policial:** atiende a funcionarios, familiares y presidiarios, cuenta con dos hospitales de nivel especializado, servicios odontológicos, puestos sanitarios y dispensarios. Es una institución dependiente del Ministerio del Interior.
- **Instituto de Previsión Social (IPS):** es el principal responsable del seguro social del país, creado por el Decreto Ley N° 17.071/43 como organismo autónomo para proteger a los trabajadores asalariados del sector privado. Ofrece servicios de salud como maternidad, riesgos de enfermedad no profesional, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, provisión de medicamentos, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados. Se financia con los aportes de empleados y empleadores del sector

privado y el Estado aporta cierto porcentaje dentro del Régimen General. También están incluidos los docentes como beneficiarios del IPS.

El sector privado está compuesto por empresas prepagas y de seguros, sanatorios, hospitales, clínicas, de diferente complejidad. Incluye consultorios, laboratorios, servicios de emergencia, farmacia y servicios de medicina tradicional. Se financia por pago de bolsillos de los usuarios y cotizaciones de los afiliados de los sistemas de medicina prepaga (CADEP, 2017:7).

II. Servicios ofrecidos en las USE

1. Proyectos de Promoción²⁵ de la Equidad en Calidad de Vida y Salud en cada etapa del Ciclo Vital:

- Infancia
 - Inmunizaciones.
 - Vigilancia de crecimiento y desarrollo.
 - Prevención y asistencia en salud bucal
 - Prevención de accidentes en el hogar y en la comunidad
 - Salud mental
 - Violencia Familiar
 - Orientación sobre hábitos saludables
 - Atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia

- Adolescencia y juventud
 - Violencia familiar
 - Orientación sobre hábitos saludables
 - Adicciones
 - Salud sexual y reproductiva
 - Salud Mental
 - Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
 - Prevención y asistencia en salud bucal

- Adulto/a
 - Orientación sobre hábitos saludables

25 La promoción incluye actividades educativas, preventivas, curativas y de rehabilitación en cada etapa del ciclo vital.

- Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de hipertensión arterial
- Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de diabetes
- Salud sexual y reproductiva
- Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
- Control de tuberculosis y lepra.
- Salud bucal
- Salud mental

- Adulto/a mayor
 - Atención integral al hombre y mujer en edad adulta
 - Prevención, tratamiento y control de enfermedades crónicas-degenerativas
 - Promoción de la independencia física del adulto mayor
 - Orientación sobre hábitos saludables
 - Salud sexual y reproductiva
 - Prevención, tratamiento y control de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
 - Control de tuberculosis y lepra
 - Salud bucal
 - Salud mental

- Mujer
 - Atención prenatal.
 - Atención puerperal.
 - Planificación familiar.
 - Prevención y tratamiento a los problemas odontológicos
 - Diagnóstico precoz del cáncer cuello uterino y mama.
 - Violencia familiar
 - Salud Mental
 - Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
 - Atención integral a la salud sexual y reproductiva
 -

La atención integral en cada etapa del ciclo vital incluye atención a la salud mental, bucal, sexual y reproductiva, a enfermedades crónico/degenerativas, infecto/parasitarias y traumatológicas y a las personas con discapacidades.

2. Vigilancia de la salud

- Promoción de la salud ambiental
- Control de vectores
- Registro y notificación de enfermedades
- Vigilancia epidemiológica comunitaria

3. Servicios generales

- Consulta médica y de enfermería a demanda y programada
- Visitas domiciliarias a demanda y programadas
- Dispensación de medicamentos.
- Inmunizaciones
- Primera atención y referencia de urgencias.
- Atención y referencia al parto de urgencia.
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Consejería y Atención en situaciones de Violencias.
- Procedimientos médicos y de enfermería: curaciones simples, cirugía menor, nebulizaciones y administración de inhaladores, control de signos vitales, antropometría, administración de medicamentos, etc.
- Procedimientos básicos de diagnóstico: extracción o toma de muestras.
- Información general al usuario
- Referencia de pacientes a otros servicios de la Red
- Apoyo a las intervenciones en emergencias y desastres
- Apoyo a las labores de rehabilitación y reinserción social de discapacitados.

4. Actividades educativas.

- Actividades organizativas y de participación social
- Formación de grupos de apoyo
- Apoyo de organizaciones sociales
- Participación en Asambleas y reuniones de la Comunidad
- Presentación de informes a la Comunidad

III. Investigación y docencia

Los servicios se ajustarán a las necesidades locales de salud de la población y a sus perfiles epidemiológicos. Se elaborarán guías y normas nacionales de atención, guías de diagnóstico y tratamiento y guías farmacoterapéuticas para la atención.

Fuente: MSPBS, 2009a.