

# Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur

## Mapeo de la APS en Paraguay

**Consultor:** Gilberto Ríos

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica



# MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

## Mapeo de la APS en Paraguay

**Consultor:** Gilberto Ríos

**Documento Autoral de APS en los países de Suramérica**

Rio de Janeiro  
Junio 2014



# Expediente

## Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Director Ejecutivo:

**José Gomes Temporão**

Coordinador Técnico:

**Henri Jouval**

## Consejo de Salud Suramericano - Junio de 2014

**Juan Luis Manzur**

Argentina

**Bheri Ramsaran**

Guyana

**Juan Carlos Calvimontes**

Bolivia

**Antonio Carlos Barrios**

Paraguay

**Arthur Chioro**

Brasil

**Midori Musme De Habich Rospigliosi**

Perú

**Helia Molina**

Chile

**María Susana Muñiz Jiménez**

Uruguay

**Alejandro Gaviria**

Colombia

**Michel Blokland**

Surinam

**Carina Vance Mafla**

Ecuador

**Francisco Armada**

Venezuela

Texto y Fotos:

**Gilberto Ríos**

**Gilberto Ríos – Consultor de Políticas de Salud**

Proyecto gráfico:

**Humponto Design e Comunicação**

Fue Coordinador Nacional del Subgrupo de Trabajo n°11 del MERCOSUR de 2005 hasta 2011 y del Consejo de Salud Suramericano de 2009 hasta 2011. Fue Director General de salud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay entre 2010 y 2011. Actualmente, es el investigador responsable del Perfil de Salud de Uruguay en el Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, Asistente Académico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva.

## Mapeo de los modelos de Atención Primaria a la Salud en los países de América del Sur

Coordinación:

**Ligia Giovanella**

Investigador Asistente:

**Suelen Oliveira**

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

[www.isags-unasur.org](http://www.isags-unasur.org)

[www.facebook.com/isags.unasursalud](https://www.facebook.com/isags.unasursalud)

[www.twitter.com/isagsunasur](https://www.twitter.com/isagsunasur)

# Mapeo de la APS en Paraguay

**Consultor:** Gilberto Ríos

## Índice

Nota Metodológica	6
Conduccion de la APS	9
Concepción de atención primaria en salud	9
Marco Legal	11
Conducción de la APS	11
Otros actores influyentes en las políticas de APS	12
Financiamiento de la APS	14
Fuentes de financiamiento	14
Mecanismo de asignación y transferencias	14
Participación de los gastos en APS en el total de los gastos públicos en salud	15
Especificidades de la financiación de la APS en los seguros sociales de enfermedad	15
Copagos en APS	15
Características de la Prestacion de APS en el Pais	16
Características de la Organización de la APS en el Pais	19
Provisión de la APS	19
Estructura física	19
Características de los equipos de salud que actúan en los servicios APS	20
Tipo de prestador	21
Servicios de primer contacto con el sistema de salud	22
Puerta de entrada preferencial al sistema	23
Adscripción poblacional	23
Diferencias y Desigualdades en el Acceso a la APS	25
Coordinacion de los Cuidados e Integracion de la APS a la Red de Servicios	26
Organización del sistema de salud: niveles de atención	26
Fuerza de Trabajo en APS	29
Composición de los equipos de APS	29
Nivel de formación y principales tareas de los profesionales integrantes de los equipos APS	29

Formas de contratación y vínculos de trabajo de los profesionales de APS	30
Formas de remuneración de los profesionales de APS	32
Disponibilidad de profesionales para la APS (médicos y enfermeros)	34
Estrategias para permanencia de profesionales en zonas desfavorecidas y remotas	34
Formación para la APS: estrategias de formación graduada	35
Estrategias de formación especializada para la APS	35
Estrategias de educación permanente en APS	36
Adhesión de los profesionales a la APS: valorización profesional, reconocimiento social de los profesionales de APS	36
Actividades de docencia e investigación en los servicios de APS	37
Actividades Intersectoriales y Participación Social	38
Interacción con otros sectores de políticas públicas para hacer frente a los determinantes sociales	38
Interacción de los equipos APS con organizaciones comunitarias y las ONG en el territorio	41
Participación social en APS	42
Interculturalidad	44
Sistemas de Información en APS	45
Monitoreo de la Calidad de la APS	46
Agradecimientos	48
Bibliografía	49
Indicadores Paraguay	50

## MAPEO DE LA APS EN PARAGUAY<sup>1</sup>

Gilberto Ríos<sup>2</sup>

### NOTA METODOLÓGICA

El presente trabajo, desde el punto de vista metodológico, tiene como referencia la Matriz de Mapeo de la APS, realizado por el ISAGS. Para su llenado, se realizó una búsqueda de fuentes secundarias de información, primero para conocer el estado de situación de la APS en Paraguay y extraer datos lo más actualizados posible sobre cada dimensión de la matriz. Por otro lado, se hizo una visita al país, para profundizar el conocimiento sobre cada dimensión y conocer experiencias territoriales en desarrollo.

La visita a Paraguay se hizo entre los días 13 y 16 de enero de 2014. Fue coordinada con integrantes del equipo técnico de la Dirección de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), Dra. Graciela Gamarra y el Dr. Cesar Cabral y por la Dirección de Atención Primaria en Salud, a través de su Director, Director de la Dirección General de APS, Dr. Wesley Schmidt y la Directora de Gestión y Desarrollo Social la Dra. Celeste Pavón.

Se acordó una agenda con 2 componentes básicos: reuniones con equipos de dirección. (informantes claves de las estructuras centrales del MSPyBS; y recorrida por Unidades de Salud de la Familia (USF).

#### Reuniones con equipos de dirección

El Director General de APS, informó sobre la evolución y desarrollo de la APS en Paraguay destacando el punto de inflexión que significó la implementación de las USF (Unidades de Salud de la Familia) a partir del 2008. Independientemente de los enlentecimientos obligados por los cambios políticos a nivel nacional, es una política que se mantiene y tiende a su profundización. El equipo de dirección que lo acompaña es un equipo joven, pero ya con una experiencia acumulada en la gestión de las USF.

Actualmente hay 751 USF en 234 distritos de 18 Regiones Sanitarias del país para una población aproximada de 2.467.000 personas, siendo el plan original la creación de 1500 USF.

A su vez, se hizo una reunión con la Sra. Viceministra de Salud, Dra. María Teresa Barán. Dentro de la estructura organizacional del MSPBS, la dirección de APS tiene dependencia directa de la Viceministra. Fue una oportunidad para conocer los lineamientos estratégicos para el período y el rol que se le adjudica a la

---

1 Este documento fue preparado por un consultor. El contenido es responsabilidad de los autores y no expresa la posición de ISAGS, o del Ministerio de Salud del país, o de los profesionales entrevistados.

2 Asistente académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva; ex Director General de Salud del Ministerio de Salud de Uruguay.

estrategia de APS. En ese sentido, ratificó que hay una posición firme de continuar con el desarrollo de la estrategia, garantizar el financiamiento para sostener las USF ya instaladas, y programar la instalación de las USF que faltan de acuerdo al plan original. Asimismo, se discutieron criterios para fijar indicadores que puedan medir con un mayor grado de sensibilidad y especificidad la aplicación de la APS, para poder mostrar resultados de impacto.

### Recorrida por USF

Por un tema de tiempo disponible y distancias, se acordó concentrar las visitas en Región Capital y Región Central. Previo a la visita a la USF, se visitaba a la Coordinación de APS de toda la región para conocer los aspectos más relevantes de cada región. Además luego de esa reunión, funcionarios técnicos de la coordinación se sumaron a las visitas a las USF. En ambas oportunidades fuimos acompañados por una Licenciada de Enfermería, que conocía a fondo la estructura de APS de su región.

El martes 14 de enero, la primera visita fue a la Coordinación Regional XVIII – Capital Asunción- Luego de la reunión con la coordinación de APS de la región, se inició la visita en terreno a las USF. Se visitaron las siguientes USF: San Alfonso; Camsat San Miguel; y Blanco Cué.



USF San Alfonso – REGION CAPITAL: Equipo Salud Familia – Dr. Wesley Schmidt Director Dirección General de APS, la Directora de Gestión y Desarrollo Social, Dra. Celeste Pavón y Consultor ISAGS Dr. Gilberto Ríos

En las 3 USF de la región XVIII Capital, los principales problemas tienen que ver con la falta de personal para completar los equipos básicos sobre todo Agentes Comunitarios, dificultades para la dispensación de medicamentos y el llenado de



todos los registros. Como valor agregado positivo todas tienen una muy buena integración a la comunidad del lugar.



USF Camsat San Miguel – Capital: Equipo Salud de la Familia; Dr. Wesley Schmidt Director Dirección General de APS y Consultor ISAGS Dr. Gilberto Ríos

El segundo día de visitas a USF, comenzó en Fernando de la Mora en la Coordinación Regional XI (Región Central). Al igual que el día anterior se hizo un intercambio para conocer globalmente la región para posteriormente hacer la visita en terreno. Fueron visitadas las siguientes USF: Divina Providencia; Puerta del Sol, y Patiño. Todas con buena inserción en la comunidad y también con problemas de abastecimiento de medicamentos y dificultades para el llenado de todos los registros.



USF Puerta del Sol – REGION CENTRAL: Equipo Salud de la Familia Dr. Wesley Schmidt Director Dirección General de APS, la Directora de Gestión y Desarrollo Social, Dra. Celeste Pavón y Consultor ISAGS Dr. Gilberto Ríos



## CONDUCCION DE LA APS

### Concepción de Atención Primaria en Salud

En 1977, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron por unanimidad la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000 (resolución WHA30.43) y, posteriormente, el Plan de Acción para su aplicación. Sin embargo Paraguay no participó de la reunión de Alma Ata en 1978, hecho que ha marcado trascendentalmente el desarrollo de la atención primaria de salud en el país, en consideración a que la Declaración de Alma-Ata, fue adoptada casi universalmente como la estrategia esencial para alcanzar la meta de SPT-2000.

Durante la década de los 1980, se generaron marcos legislativos tendientes a propiciar el desarrollo de la APS en Paraguay, los cuales se desarrollaron a partir de la década de los 1990.

Posteriormente el país se incorporó e hizo parte con su informe de país en 1997, de la Tercera Evaluación de la Estrategia de Salud Para Todos en el año 2000. Dicho documento referencia el compromiso político del gobierno en su Política de Salud 1993-1998, en donde se definieron 10 acciones prioritarias en salud, dentro de las cuales se consideraron varias relacionadas con el fortalecimiento de la APS.

Estas acciones no impactaron de manera favorable el fortalecimiento de la operación de los puestos y centros de salud. La política también definió como una de sus estrategias "Fortalecer los SILOS que permitan el auto gerenciamiento de los diferentes niveles de atención, para lograr la optimización de todos los Recursos Locales disponibles. (EUROSOCIAL SECTOR SALUD - MSPBS, 2007).

En definitiva Paraguay, al igual que los demás países de la región, luego de las definiciones de Alma Ata sobre la APS, su implementación se concentró en los aspectos asistencialistas, y por el desarrollo de programas verticales: atención materno infantil, inmunizaciones, vigilancia de brotes de transmisibles actuando en el primer nivel de atención con escasa integración con la red de servicios y focalizado en el sector público y como población tributaria a los sectores más empobrecidos. Simultáneamente la inversión se concentraba en la red hospitalaria, para sostener el paradigma predominante. El sector público, además en la década de los 1990, perdió protagonismo, agudizando la crisis del sector salud y retrocediendo incluso en los programas asistenciales verticales. Mientras que la cobertura de la seguridad social a los trabajadores formales, se consolidaba como una modalidad de atención, pero con una concepción acorde al sistema imperante, es decir centrohospitalaria y asistencialista. Los seguros privados voluntarios, a su vez, se desarrollaron en esa coyuntura, pero con una cobertura porcentualmente pequeña, directamente relacionada con la población de mayores recursos.

Formalmente la Constitución de la República establece el derecho a la salud, el Artículo 68: Del Derecho a la Salud: El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o

plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la Ley, dentro del respeto a la dignidad humana.

Además hay leyes como la que crea el SNS (1032/96) que tienen definiciones que se corresponden con aspectos de la APS, más allá que no la nombran a texto expreso, y es recién con la Resolución Ministerial 101 /2008 a propósito de la creación de la DGAPS, es que se formula a texto expreso la APS, y sus componentes principales.

“La Atención Primaria en Salud es una estrategia que concibe integralmente el proceso salud–enfermedad y de atención a las personas y comunidades, considerando las diferentes etapas de la vida. Provee servicios de salud y afronta las causas últimas (sociales, económicas, políticas y ambientales) de la ausencia de salud. Acerca el sistema de salud a las familias y sus comunidades, buscando lograr el más alto nivel de salud posible, cimentado en el respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social.”(Equipo APS- DGAPS – MSPYBS – 2014)

“La atención Primaria de Salud considera al sujeto en su singularidad, complejidad, integralidad e inserción socio-cultural y busca la promoción de su salud incluyendo la prevención, el tratamiento de enfermedades y la reducción de daños o sufrimientos que puedan comprometer sus posibilidades de vivir plenamente.” (Equipo APS- DGAPS – MSPYBS – 2014)

“Se define el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, el cual para su implementación requiere la conformación y preparación de los Equipos de Salud Familiar (ESF), los cuales trabajarán directamente, en su territorio, con la comunidad, familias y personas, en un espacio geo-poblacional previamente definido; y con la misma comunidad y otros agentes, buscarán la solución a problemas que muchas veces van más allá del sector salud, a partir de la modificación de los determinantes de la salud. A través de este mismo equipo se brindará, además promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención médica y rehabilitación”. (Equipo APS- DGAPS – MSPYBS – 2014)

“La Estrategia de Atención Primaria en Salud se materializa en las comunidades a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF) que con los Equipos de Salud de la Familia (ESF) son responsables de brindar acompañamiento a un número aproximadamente 600 familias (3.500 personas promedio) de un determinado territorio social, con el objetivo de incidir y mejorar los determinantes de la salud de la localidad”. (Equipo APS- DGAPS – MSPYBS – 2014)

“La Estrategia de APS permite pasar de un modo asistencialista y fragmentado de la salud a un modo promocional e integral, haciendo a la comunidad corresponsable del proceso. Los equipos de salud de la familia (ESF) promueven la salud y estilos de vida saludable, realizando actividades preventivas, de promoción de la salud, educativa, asistencial, de recuperación y de rehabilitación de enfermedades así como de vigilancia de la salud”. (Equipo APS- DGAPS – MSPYBS – 2014)

## Marco Legal

1. Constitución Nacional en sus artículos nº 3, 68 y 69.
2. Ley N° 1032/96 "Que crea el Sistema Nacional de Salud".
3. Política Nacional de Salud, "Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad".
4. Decreto N° 21.376/98: Artículo 20, numeral 7 que autoriza al Ministerio de Salud a "dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios. Reglamente su organización y determine sus funciones".
5. Resoluciones S.G. N° 101 de fecha 17 de setiembre de 2008 "Por la cual se crea La Dirección General de Atención Primaria en Salud, en dependencia de la Subsecretaria de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social".
6. Código Sanitario.

El Instituto de Previsión Social no tiene definiciones sobre la estrategia de la APS en los documentos donde se definen su misión, visión y objetivos.

Los otros servicios de salud estrictamente privados: seguros, prepagas, etc no tienen en sus formulaciones programáticas definiciones sobre la APS.

## Conducción de la APS

En Paraguay la esfera gubernamental nacional con competencias y atribuciones sobre la APS, es el Ministerio de Salud y Bienestar Social a través de una dirección especializada: la Dirección General de Atención Primaria en Salud cuyos cometidos son:

1. Apoyar la implementación de la Red de servicios de salud, siendo las USF como puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud y con capacidad resolutive para los problemas de salud en los territorios sociales.
2. Promover, adaptar, divulgar y socializar el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel nacional.
3. Asesorar a las redes integrales para el desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, adaptado a cada contexto específico.
4. Formular el marco regulatorio que demande el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
5. Habilitación de nuevas USF de acuerdo a la evaluación de necesidades de cada territorio social.

6. Establecer los lineamientos para la territorialización y la adscripción de la población a las USF.
7. Desarrollar la capacidad técnica de los recursos humanos para la implementación del Modelo de atención con enfoque de Salud Familiar y comunitario, desde los determinantes sociales de salud, para la prestación de servicios.
8. Implementar y supervisar el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en la Red-APS, velando además por el cumplimiento de los lineamientos específicos para el manejo de la información estadística y documentos médicos, generados en las redes integradas e integrales en el Modelo de atención.
9. Fomentar y desarrollar procesos de planificación, monitoreo y evaluación, basados en resultados, en las redes de APS adscritas al Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel nacional.
10. Realizar procesos de integración interinstitucional e intersectorial para facilitar la socialización, participación social, ejecución y sostenibilidad del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, y la construcción participativa de políticas públicas para incidir en los determinantes sociales de la salud a nivel local y nacional, promoviendo además la realización de acuerdos intersectoriales e interinstitucionales en los territorios de intervención de las USF.
11. Promover, adaptar, divulgar y socializar el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel nacional.
12. Asesorar a las redes integrales para el desarrollo del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, adaptado a cada contexto específico.
13. Formular el marco regulatorio que demande el Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
14. Gestionar la asignación de presupuesto a las dependencias del Ministerio de Salud y Bienestar Social, para la implementación y sostenibilidad del Modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario.
15. Conducir los procesos de investigación en función del Modelo de atención, en los diferentes componentes de este, con participación de otros sectores.

### Otros actores influyentes en las políticas de APS

En primer lugar todas las demás direcciones del MSPBS tienen influencia en las políticas de APS, la Dirección de Planificación, la dirección de la Red de Servicios, etc. Asimismo en la medida que la financiación surge de recursos fiscales, también tiene su influencia el Ministerio de Hacienda.

Y por las características de la división político administrativa del país, los departamentos, y los municipios también tienen influencia para la aplicación en el territorio de las políticas de APS.

Asimismo, la estructura ministerial que establece Regiones, habilita a que cada una de éstas, tengan también su influencia sobre la implementación de la APS en su territorio.

En suma, a nivel subnacional, “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; 2011:2869)

“Algunas contribuciones significativas de estas organizaciones mencionadas por gerentes entrevistados incluyen asesoramiento, formación de los promotores de salud, diseño de planes locales de salud, movilización de recursos y control”. (Dullak et al; 2011:2869)

“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.” (Dullak R. et al; 2011:2869)

Cabe consignar que la cooperación de la Representación Nacional de OPS/OMS también tiene influencia en el desarrollo de la estrategia, lo mismo que la cooperación Japonesa a través de su agencia especializada JICA.

## FINANCIAMIENTO DE LA APS

El financiamiento de la APS, está a cargo exclusivamente del sector público, a través de los fondos presupuestales del MSPyBS. De dicho presupuesto, hay partidas definidas específicamente para la Dirección de APS, pero ello no significa que la estrategia de APS, depende exclusivamente de dichas partidas. Por el contrario el financiamiento global del ministerio, para la red de servicios, inversiones, recursos humanos, etc, también integran la financiación de la APS.

Asimismo, no es posible desagregar el gasto, de los demás organismos públicos que tienen responsabilidad directa en la gestión del agua potable, saneamiento urbano, vivienda, asistencia social, etc.

### Fuentes de financiamiento

El presupuesto de APS está compuesto por:

1. Fuentes de Financiamiento 10 Organismo financiador 1: que son los recursos del estado = 80.3% (fondos fiscales);
2. Fuente de Financiamiento 30: que son aportes externos que corresponden un 9.1% a ITAIPU, 1.2% IPS y 9% donantes.

Se recibe del Instituto de Previsión Social un % del aporte patronal, y se incluyen dentro de la estructura presupuestaria, además la financiación que se recibe mediante convenios y/o cooperaciones del exterior por ejemplo Convenio con Itaipú y Convenio con la Comunidad Europea u otros que puedan estar vigentes.

En 2013 se agregó una nueva Fuente de Financiación 20 Organismo Financiador 402 que era de un préstamo del BID y que el Ministerio de Hacienda asignó dentro del presupuesto de la Dirección de APS.

En definitiva la mayoría de los recursos tienen origen en el gobierno central, más allá que los gobiernos locales, intendencias, municipios, etc, coparticipan en el financiamiento, en menor escala y en montos que son difíciles de cuantificar. A lo que se suman fuentes externas como, Itaipú y la cooperación de la Unión Europea.

### Mecanismo de asignación y transferencias

El anteproyecto del presupuesto del MSPYBS al igual que los demás ministerios se presenta en abril de cada año para el siguiente ejercicio. Es estudiado por el Ministerio de Hacienda responsable de realizar los ajustes correspondientes y posterior envío al Parlamento, primero es estudiado por la Cámara de Diputados y luego por la Cámara de Senadores. Luego de su aprobación va a Presidencia para la firma del Decreto de aprobación de la Ley del Presupuesto.

Luego es el MSPYBS es quien se encarga de la ejecución del mismo y en lo que refiere a la APS, hay una transferencia a la DGAPS quien se encarga de la

ejecución del mismo, planificando gastos desde su nivel central combinado con transferencias a las coordinaciones regionales y a las USF.

Por las características político - administrativas del país, en general la mayoría de los recursos lo ejecutan los niveles centrales y es mínima la ejecución descentralizada.

### **Participación de los gastos en APS en el total de los gastos públicos en salud**

El presupuesto asignado a la DGAPS suele representar el 6,7% del total del Presupuesto del MSPBS. Pero como ya se mencionó al comienzo del análisis de la dimensión financiamiento, ello no quiere decir que toda la estrategia dependa exclusivamente de ese % del gasto en salud.

### **Especificidades de la financiación de la APS en los seguros sociales de enfermedad**

El IPS, instituto especializado de la Seguridad Social, responsable de la cobertura asistencial de los trabajadores formales, no tiene una línea de desarrollo vinculado a la APS, participando indirectamente en la estrategia, contribuyendo a la financiación del presupuesto de la DGAPS.

### **Copagos en APS**

El sector público asistencial, a pesar de focalizar su atención a las poblaciones más empobrecidas, mantenía una política de copagos mínima para el acceso a la atención y algunas prestaciones como el suministro de medicamentos. Estos factores eran una barrera más para la accesibilidad. Por ello en el diseño de la política de APS, un factor condicionante para su desarrollo fue la eliminación de los copagos, concretada en el año 2008, junto con el impulso de la estrategia de APS.

Para ninguna de las prestaciones de APS que se brindan desde la estructura asistencial pública se cobran copagos. El acceso es gratuito y universal, lo cual significa que también están exonerados los usuarios que tienen otras coberturas: IPS, seguros privados. La gratuidad para el acceso ha sido una decisión política de impacto en el desarrollo del sistema de salud público paraguay y catalizador para la implementación de la estrategia de APS.



## CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACION DE APS EN EL PAIS

Hay un patrón común en las prestaciones de APS relacionadas a la consulta en policlínica y en domicilio, a la demanda y programada, el suministro de medicamentos y las actividades de vigilancia. Todas las demás prestaciones se presentan en forma heterogénea y asimétrica condicionadas por las capacidades de las USF y del entorno sociopolítico en el territorio. Pero analizadas individualmente, y con la aclaración antedicha, de una u otra forma, en mayor o menor grado todas están dentro de los cometidos de las USF. Lo cual evidencia que en la manera que se constituyan todas las USF planificadas, con integración total de los equipos y con la logística acorde, la integralidad de las prestaciones y variedad de las mismas serán características distintivas de la política de APS.

### **Asistencia sanitaria consulta en consultorio**

Las consultas se realizan a demanda, programadas y de urgencias en consultorio en las USF, puestos de salud, centros de salud y postas. La asistencia es de carácter integral sobre la persona y su entorno en la búsqueda de la mayor resolutivez de los problemas de salud de la zona.

### **Asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo**

También se hace asistencia en domicilio, no solamente ante la demanda espontánea, sino también programada en función del diagnóstico de salud realizado previamente, donde juegan un rol preponderante los promotores de salud (agentes comunitarios).

### **Actividades en materia de prevención y promoción de la salud (grupos de usuarios, educación sanitaria)**

En la medida que las USF tienen una actitud proactiva, en el marco de sus programaciones han creado modalidades alternativas para llegar a grupos de pacientes portadores de ECNT, en particular clubes que trabajan en el ambiente donde viven esas personas. Ejemplo de ellos son los “clubes” de diabéticos y “clubes” de hipertensos.

### **Inmunizaciones**

Entre las prestaciones de APS, la inmunización en consultorio y domicilio son tareas permanentes, atendiendo la demanda pero también dentro de una programación para garantizar el cumplimiento de todos los planes. También son partícipes activos en los casos de campañas específicas como antigripal, antineumocócica, etc.

### **Actividades en materia de atención familiar**

El diagnóstico de salud de la zona de influencia de cada USF, implica intervenciones sobre la familia, conocer sus componentes, los grupos etarios, sus antecedentes patológicos, pero también los socio-ambientales y culturales. En función de ello se planifica la atención individual y al grupo familiar.

### **Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud**

Las USF, son partícipes activas de todas las campañas educativas y de prevención. En ese sentido las campañas combate al dengue son frecuentes y sistemáticas tanto en lo que refiere a la información a la población como a las medidas de prevención cuando aparecen los brotes.

### **Suministro de medicamentos esenciales**

Dentro de las prestaciones de APS, y para dar resolutiveidad al primer nivel, está la entrega de medicamentos. Es un listado de medicamentos esenciales (LME), que se compran centralmente en el MSYBS y que se distribuyen a las USF periódicamente. A pesar que en el último período ha habido dificultades para mantener los stocks, dentro de las definiciones estratégicas de la actual conducción política, está la de retomar los niveles habituales de abastecimiento con medicamentos e insumos a las USF.

### **Rehabilitación básica**

Los equipos de la USF no tienen recursos humanos capacitados para éstas prestaciones, dependiendo su oferta de las negociaciones en el territorio entre el equipo, la comunidad y las autoridades políticas locales, que en algunas circunstancias, permiten ofrecer éste tipo de servicios.

### **Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos**

Por las características de los equipos básicos y los antecedentes históricos de las prestaciones del sistema público de salud, la atención del niño, las mujeres y los adultos mayores son prioridad como prestaciones y donde se vuelcan la mayoría de los recursos disponibles. Asimismo con los enfoques de promoción y prevención, se comienza a integrar los grupos de riesgo y usuarios portadores de ECNT.

### **Atención y seguimiento de enfermedades crónicas degenerativas**

El diagnóstico de salud en el territorio de influencia de cada USF, en la medida que detecta, pacientes portadores de ese tipo de patologías, dentro de la programación de la unidad, está la atención en consultorio y/o en domicilio, así como el seguimiento correspondiente. La USF, también se encarga del suministro de medicamentos y la coordinación de la consulta con especialistas en el 2º y/o 3er nivel de atención.

### **Atención paliativa a enfermos terminales**

La atención paliativa, independientemente de que no hay protocolos específicos para la misma, se realiza en forma incipiente a partir de los diagnósticos de salud de cada zona, donde se detectan pacientes con patologías terminales. Básicamente, con la visita domiciliaria, el aporte de medicamentos y la coordinación de consultas de seguimiento con el segundo y tercer nivel de atención.

### **Atención a la salud mental y/o en coordinación con los servicios de atención especializada**

Aquí también hay asimetrías en las prestaciones, por la propia integración de los ESF (equipos de salud de la familia) y dependen en gran parte de la negociación en el territorio del ESF con la comunidad y las autoridades políticas. En ese marco, es que se incorporan prestaciones vinculadas a la atención psicológica de adolescentes, creación de redes y sistemas adecuados de referencia y contrarreferencia con los demás niveles.

### **Atención a la salud bucodental**

Están integradas como prestaciones de APS, pero también dependen de la estructura y densidad tecnológica de las USF. Igualmente, una tarea que es sistemática y común es la visita a las escuelas de la comunidad, y donde las actividades de promoción y prevención en la salud bucal están siempre presentes. La derivación a las USF, están condicionadas por la disponibilidad de los recursos: sillón, odontólogo, higienistas, etc. en los casos que estos recursos estén disponibles también se ofrece consulta espontánea y programada.

## CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA APS EN EL PAÍS

### Provisión de la APS

La organización de la APS, se caracteriza por un nivel central constituido por la DGAPS, que funciona en el MSPyBS, interactuando a un mismo nivel con las otras direcciones ministeriales y con una dependencia directa de la Viceministra. La siguiente estructura que sigue a este nivel son las Coordinaciones Regionales de APS, cuyos territorios se corresponden con las 18 Regiones Sanitarias.

“Las **regiones sanitarias**, coincidentes con la división política del país en departamentos, se constituyen en los espacios geográficos regionales de la red. En su interior comprenden áreas sanitarias con una población entre 20 mil y 50 mil personas, correspondientes a un municipio o a un conjunto de municipios. Finalmente, dentro de las áreas sanitarias se encuentran los territorios sociales de las Unidades de Salud de la Familia” (ISAGS Sistema de Salud en Paraguay 2012 : 563).

Las Regiones Sanitarias son las responsables de la **atención sanitaria integral**, incluyendo el primer nivel de atención. El Coordinador de APS, es designado por el Director de la Región.

Las Coordinaciones Regionales de APS, son las responsables de la organización de la APS en una región determinada y de la adecuada coordinación con la red de servicios correspondientes a dicha región sanitaria.

A partir de ese nivel de coordinación intermedio, están las USF, núcleo básico para la organización del sistema de APS. La tabla siguiente detalla el número de USF, su modalidad organizativa y forma de ubicación territorial.

**Tabla 1. N° de USF instaladas por modalidad. Paraguay, 2013**

MODALIDAD	USF- frecuencia absoluta
Usufructo en convenio con otras entidades	120
Instaladas en puestos de salud	512
Construcción nueva	120
Móviles para territorios de difícil acceso	8
<b>TOTALES</b>	<b>760</b>

Fuente: Paraguay. APS. Dra. Celeste Pavon – MSPyBS - Santa Cruz de la Sierra- Bolivia 2013

### Estructura física

Es indispensable que cada ESF disponga de una Unidad de Salud de la Familia, con un distintivo institucional que lo identifique como “EQUIPO DE SALUD DE LA FAMILIA (ESF), Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS), pudiendo existir más de un ESF en la sede de la USF, según características territoriales.

Cada USF necesita contar con infraestructura, equipamiento adecuado y RRHH capacitados para el desarrollo eficaz y eficiente de sus funciones.

- 1) Recursos humanos. El siguiente es el listado de recursos humanos que pueden integrar las USF:
  1. médico/a.
  2. odontólogo/a.
  3. licenciado/a en enfermería u obstetricia.
  4. auxiliar de enfermería.
  5. auxiliar en odontología.
  6. agentes comunitarios de salud.
  7. personal administrativo y de limpieza.
- 2) Infraestructura
  1. Consultorio médico.
  2. Consultorio odontológico.
  3. Consultorio de enfermería y obstetricia.
  4. Área de espera.
  5. Sala de Urgencias.
  6. Sala de Observación.
  7. Sala de admisión y archivos.
  8. Sala de vacunación.
  9. Sanitarios.
  10. Depósito de medicamentos y farmacia.
  11. Cocina.
  12. Lavadero.
- 3) Equipamiento: incluye mobiliario y equipo básico de procedimientos.
- 4) Medicamentos e insumos según listado aprobado por la DGAPS y DG de Gestión de Insumos Estratégicos en Salud.

Fuente: Equipo APS – DGAPS – MSPYBS - 2014

### Características de los equipos de salud que actúan en los servicios APS

El equipo básico está constituido por 1 médico/a, 1 licenciada/o en enfermería y/u obstetricia, 1 auxiliar de enfermería y 3/5 agentes comunitarios de salud (ACS), además por cada dos ESF se instalará un equipo odontológico integrado por un odontólogo y un técnico odontológico.

La tabla siguiente muestra el número de recursos por categorías.

Tabla 2. Cantidad de RRHH por categorías en las USF, Uruguay, 2013	
CATEGORIAS	NUMERO
Médicos	670
Licenciados de enfermería	703
Auxiliares	686
Odontólogos	30

**Tabla 2. Cantidad de RRHH por categorías en las USF, Uruguay, 2013**

Agentes comunitarios	330
Promotores de salud indígenas	44
<b>TOTAL</b>	<b>2463</b>

Los ESF establecidos en las USF asumen la responsabilidad sanitaria y social sobre un territorio social definido geográfica y demográficamente atendiendo un promedio de 800 familias por ESF (3500 a 5000 personas aproximadamente).

La cobertura actual es de aproximadamente 2.467.500, lo que equivale a casi el 36% de la población.

Los servicios ofertados son: consulta médica, de enfermería y obstetricia programadas o de urgencias, inmunizaciones, servicios de enfermería (curaciones, administración de inyectables, extracción de muestras, etc.), trabajo con grupos de apoyo y comunitarios.

Fuera del establecimiento: visita domiciliaria programada y de urgencia, visitas a centros escolares, centros de trabajo e instituciones del territorio, y actividades comunitarias.

### Tipo de prestador

#### Las unidades de salud de APS: públicas y/o privadas

Las prestaciones de APS solo son brindadas por los servicios públicos, siendo la estructura organizacional referente las USF dependientes del MSPyBS y gestionadas desde la Dirección General de Atención Primaria.

El sector privado de salud brinda una cobertura del 6,7% de toda la población del país. Comprende instituciones con fines de lucro: medicina prepaga, consultorios privados, empresas de diagnóstico e instituciones sin fines de lucro como ONG y cooperativas.

Algunos servicios privados tienen en su plantilla médicos de familia, pero no tienen definido una estrategia de APS en su oferta de servicios.

#### Importancia y papel del sector privado en la prestación de servicios de salud y en APS

El sector privado asistencial no tiene participación en la APS, y desarrolla un modelo centrado en la enfermedad y la alta tecnología y una oferta muy baja de actividades de promoción y prevención.

#### Otras formas de organización de oferta y gestión de los servicios tales como cooperativas, empresas públicas, presentes en el sistema de salud y en la APS

“Los otros servicios públicos de salud corresponden a la Universidad Nacional de Asunción, financiada con cargo al Presupuesto General de Gastos de la Nación y con recursos propios; la Sanidad Militar y la Sanidad Policial financiadas con el Presupuesto General de Gastos de la Nación.” (Dullak R. et al 2011:2870).

El IPS (financiado por contribuciones de la seguridad social), como ya se mencionó participa aportando al financiamiento de la DGAPS, pero sus servicios son predominantemente de tipo

hospitalario, sin presencia en el territorio. Por ello es frecuente, la doble cobertura, ya que las USF, no discriminan y atienden a toda la demanda de su territorio. Es más frecuente esta situación en aquellas USF que están ubicadas en barrios de trabajadores y/o donde se concentran algunas industrias.

El sector privado “estrictu sensu” participa en el sistema pero no desarrolla prestaciones de APS. “...se representa por instituciones con fines de lucro y sin fines de lucro. El primero incluye empresas de medicina prepaga, instituciones asistenciales con servicios de consultorios e internación, laboratorios y farmacias; con organización, funcionamiento y beneficios ofertados muy diversos. Las instituciones privadas sin fines de lucro corresponden a organizaciones no gubernamentales y de otro tipo, algunas con financiamiento parcial del estado, como el caso del Hospital de la Cruz Roja Paraguaya. Estas organizaciones desarrollan muchas veces programas verticales y contribuyen para la fragmentación, separando acciones de prevención y asistencia”. (Dullak et all. Atención Primaria en Salud en Paraguay. 2010: 2867)

En algunas circunstancias las ONG, participan en los planes locales de salud que se corresponden al territorio de su influencia.

### Servicios de primer contacto con el sistema de salud

Hoy coexisten como servicios de primer contacto, junto a las USF, las postas sanitarias, centros de salud y policlínicas comunitarias.

Las postas sanitarias son servicios con una disponibilidad de recursos materiales y humanos muy escasos: un médico y/o una enfermera en general localizadas en lugares alejados y poco accesibles.

Los centros de salud se tratan de servicios más complejos y con una categorización por encima de las USF. Tienen una estructura física, recursos materiales y humanos que superan los de las USF. Incluso algunas USF funcionan dentro de alguno de los Centros de Salud.

Las policlínicas comunitarias son servicios que se instalaron en el territorio por iniciativa de la comunidad aisladamente y/o con el apoyo de los gobiernos locales.

A partir el 2008 la tendencia marca que solamente las USF deberán ser los servicios casi exclusivos para el primer contacto. De los objetivos fijados en 2008 a la fecha se llegó a aproximadamente el 50%.

El equipo de salud de la familia debe lograr identificar la dinámica de los determinantes sociales de la salud, a través de diferentes fuentes como entrevistas, Censo familiar, Diagnóstico comunitario participativo (DCP) y otras fuentes, de tal manera a facilitar el proceso de incidencia de la comunidad organizada y plasmarlo en el Análisis de la Situación de Salud Integral (ASSI), para contribuir a mejorar las condiciones de vida a nivel local con abordaje intersectorial.

El conjunto de prestaciones de las USF comprende. a) Detección y diagnóstico de enfermedades, b) Atenciones de eventos especiales, c) Rehabilitación de la



salud, d) Atenciones preventivas y e) Promoción y educación para la salud, todas ellas dirigidas a las diferentes etapas del ciclo de vida.

Estas son acciones se perciben desde dos perspectivas:

1. Acciones intersectoriales, en las que los servicios prestados en el ámbito de salud pública, se agrupan en actuaciones sobre estilos de vida y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud.
2. Acciones transversales, en las que los servicios prestados en el ámbito de la salud pública, se agrupan en ejes y actividades en las distintas etapas del ciclo de vida.: atención materno infantil, adulto mayor, adolescentes, etc. Fuente: Equipo APS – DGAPS2014

El conjunto de prestaciones se subdivide en las acciones siguientes:

1. Las que incluyen el abordaje de los problemas de salud, así como los factores y conductas de riesgo a la salud, apoyándose en la normativa, manuales y lineamientos establecidos para dichos fines.
2. Las que incluyen la continuidad de la atención, la cual comprende los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el proceso salud enfermedad de los individuos, familias y comunidades. Fuente: Equipo APS – DGAPS - 2014

### **Puerta de entrada preferencial al sistema**

Está definido que los servicios de salud del Primer Nivel de Atención (USF) y otros (postas, centros de salud, etc) y que brindan prestaciones de APS constituyen la puerta de entrada al Sistema de Salud.

Los servicios del primer nivel que brindan prestaciones en el marco de la APS, son buscados como primer contacto con el sistema de salud. Para ello es prioritario que estos servicios garanticen una buena coordinación con el resto de la Red de Servicios, con una adecuada referencia y contrarreferencia con los demás niveles de atención.

En el estado actual de desarrollo de la estrategia de APS, con instalación de las USF, se llega a una cobertura del 36% de la población.

### **Adscripción poblacional**

Hay una adscripción poblacional que se hace a partir del análisis de los resultados del Censo Poblacional en ese territorio. No existe libre elección de los pobladores del territorio, deben dirigirse a la USF que le corresponde. No obstante, se atienden a pobladores fuera de zona en USF contiguas. Los usuarios se inscriben a través del censo y se introducen por sistema. El promedio de usuarios en relación a cada ESF está entre 3.500 a 5000 personas.

### **Criterios para la instalación de una Unidad de Salud de la Familia**

1. Disponibilidad de infraestructura mínima necesaria.
2. Organización social de apoyo.
3. Apoyo de autoridades locales, regionales y sociales.
4. Unidad poblacional de 3500 habitantes aproximadamente.
5. Posibilidad de establecer las redes de atención y tener cobertura territorial.
6. Priorizar comunidades con mayor índice de pobreza según el IPG (Índice de Priorización Geográfica).
7. Comunidades con posibilidad de intervención integral en articulación con otras instituciones u organismos de cooperación nacional o internacional.

### **Garantías de accesibilidad**

Para garantizar el acceso, se eliminaron los copagos, por lo que el mismo es libre y gratuito, tanto para la consulta programada como la que se realiza a la demanda. No hay listas de espera.

### **Horario habitual de funcionamiento de los servicios de APS**

La USF atenderá ocho horas al día, de lunes a viernes según horario propuesto por la DGAPS y las Autoridades del MSP y BS, y de común acuerdo con la Dirección Sanitaria Regional.

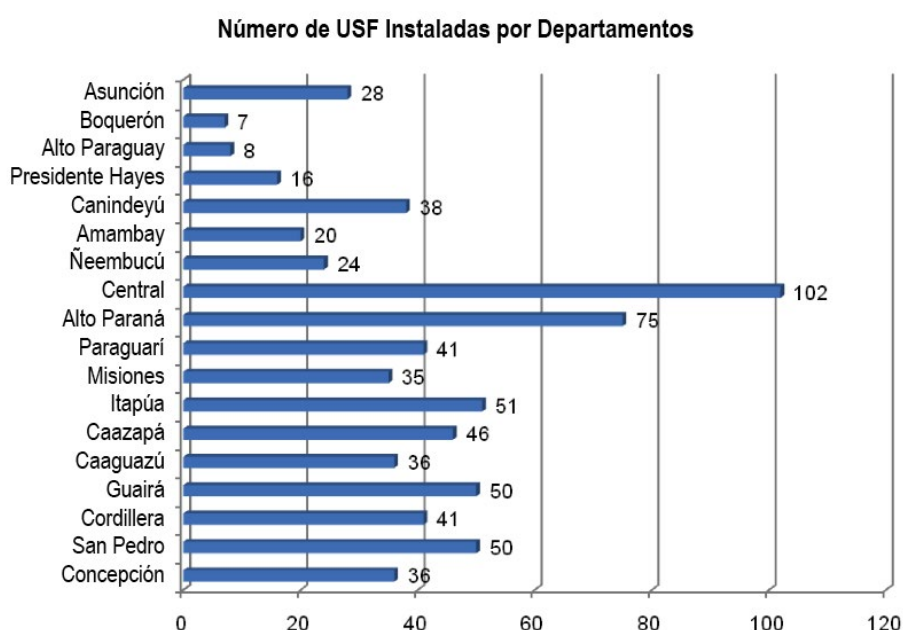
Es responsabilidad del equipo de salud tener informada a su población sobre el horario de atención en la Unidad y los lugares, horarios y días donde acudir cuando no esté disponible la USF.

La DGAPS en coordinación con la Dirección General de Servicios de Salud y la Dirección Regional determinarán las USF en las que se ofrecerá Servicio de Urgencia de 24 horas (casos excepcionales).

## DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES EN EL ACCESO A LA APS

Las desigualdades se presentan en las 18 regiones sanitarias debido a problemas en accesibilidad, distribución poblacional, inequidad, sobre todo en las zonas rurales. En la región central y capital, hay una mayor oferta de servicios y sin mayores obstáculos en el terreno para acceder a los mismos. En las zonas más alejadas, y rurales, hay baja oferta de servicios y la accesibilidad está muy condicionada por accidentes geográficos y fenómenos climáticos.

Estas circunstancias determinan desigualdades en el acceso y fenómenos de exclusión social, a pesar de la gratuidad para el acceso a los servicios.



Fuente: MSPyBS Año 2011 INFORME FINAL DE MONITOREO PROGRAMA: ATENCION PRIMARIA EN SALUD, Subprograma: APS MEDICINA FAMILIAR, MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

A partir del Informe Final de Monitoreo Programa: Atención Primaria en Salud Subprograma: Aps Medicina Familiar, de 2011 tenemos la tabla a continuación donde se ve la evolución en la instalación de las USF y su cobertura.

**Tabla 3: Evolución instalación USF y cobertura. 2008 – 2011 y proyección 2013**

Año	USF INSTALADAS				PROYECCION	
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>USF INSTALADAS</b>	12	170	321	201	200	200
<b>USF ACUULADAS</b>	12	182	503	704	904	1104
<b>COBERTURA</b>	48.000	728.000	2.012.000	2.816.000	3.612.000	3.860.500

Fuente: MSPyBS Año 2011 INFORME FINAL DE MONITOREO PROGRAMA: ATENCION PRIMARIA EN SALUD Subprograma: APS MEDICINA FAMILIAR; MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

## COORDINACION DE LOS CUIDADOS E INTEGRACION DE LA APS A LA RED DE SERVICIOS

A partir del 2008, cuando se inicia el proceso de implementación de la estrategia de APS, los servicios de APS, buscan reafirmar su rol de entrada al sistema y para ello coordinan con los otros servicios en el territorio, tratando de tener bien definidos los hospitales de referencia. Más allá que tiene las potestades, y es parte de sus funciones, regular el acceso a la atención especializada, todavía no se puede afirmar que ésta función se cumpla en su plenitud.

### Organización del sistema de salud: niveles de atención

“En la actualidad, se encuentra en pleno proceso de implementación la reorientación de los servicios de salud, desde una estructura piramidal hacia un modelo en red, de tal manera que los servicios existentes del modelo anterior (puestos, dispensarios, centros de salud y hospitales), irán adaptándose, de forma paulatina y progresiva, hacia la propuesta actual de una Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

La estructura en red tiene como puerta de entrada a la Atención Primaria de Salud, a través de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Estas Unidades son las encargadas de brindar servicios para atender y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población correspondiente al territorio social asignado (3.500 a 5.000 personas) y de garantizar la continuidad de la atención a las personas mediante la vinculación con la atención especializada (Centros Ambulatorios de Especialidades), de urgencias y hospitalaria (Hospitales Básicos, de Especialidades, etc.), según la complejidad requerida. El sistema de regulación médica, comunicación y transporte posibilita la vinculación y articulación efectiva de todas las instancias de la red.” (ISAGS. Sistema de Salud de Paraguay – ISAGS 2011:562)

Las diversas instancias de la Red Integrada de Servicios de Salud se componen de:

1. Atención primaria de salud: Unidades de Salud de la Familia (USF)
2. Atención especializada: Centros Ambulatorios de Especialidades
3. Atención hospitalaria: Hospitales Básicos, Generales y Especializados
4. Servicios complementarios: Asistencia Farmacéutica, Vigilancia en Salud, Rehabilitación y Apoyo Diagnóstico
5. Sistema de Regulación Médica, Comunicación y Transporte

### Criterios de construcción de redes

Dada la característica fragmentación del sistema, las redes que se pueden constituir, se corresponden a la de cada subsector. En el caso del subsector público, desarrolla su propia red, pero con debilidades producto de que la fragmentación cruza a todos los subsectores. La tipología predominante es la de redes territoriales.

## **Rol de los servicios de APS en la Red**

El rol principal es ser la puerta de entrada al sistema y de coordinación sobretodo con el segundo nivel de atención.

## **Función de filtro del médico de APS**

Por las características de la adscripción poblacional y el diagnóstico de salud en el territorio, tanto en la consulta programada como a demanda el médico tiene función de filtro, ya sea resolviendo la situación de salud a ese nivel o coordinando la derivación al nivel de mayor complejidad correspondiente.

## **Derivación a la atención especializada**

Formalmente es posible derivar a la atención especializada, y es frecuente que así se haga, pero ello está limitado por las asimetrías de la estructura del sistema, que hace que ello sea más factible en región central y/o capital y menos factible en las regiones alejadas y rurales. El proceso de derivación, tiene un flujo preestablecido, pero también juega un importante la actitud del médico de la USF, tanto en su posicionamiento técnico como en su sistema de relaciones personales con profesionales que están adscriptos en los niveles especializados.

## **Sistema de referencia y contrarreferencia**

En cada territorio están establecidos los sistemas de referencia y contrarreferencia. La referencia es hacia los centros ambulatorios de especialidades y/o hospitales distritales (básicos o generales). El hospital distrital es un hospital de segundo nivel, que tiene incorporado la emergencia 24 distritales horas, la internación, servicios de paraclínica (RX – laboratorio) y prestaciones básicas médicas y quirúrgicas.

La contrarreferencia, es donde hay mayores dificultades. Persiste en la cultura organizacional, la imagen de mayor jerarquía en la atención hospitalaria, y ello determina que el diálogo con el primer nivel no sea considerado prioritario.

La contrarreferencia, es el déficit principal en la continuidad asistencial entre los niveles.

## **Regulación asistencial**

A nivel de las USF, la priorización de casos, se determina en función de la gravedad, urgencia, y capacidad de derivación al segundo nivel. No hay una organización formal, pero básicamente, la decisión está en la opinión del médico y/o de la enfermera, y cuando requiere traslados, en general es el segundo nivel el responsable de gestionarlo.

### **Estrategias de gestión clínica - estrategias para atención a los crónicos**

Las estrategias para atención de crónicos, se desarrollan a partir del diagnóstico de salud del área de influencia de la USF, y además de la atención tradicional en consultorio, se estimulan la formación de clubes de diabéticos, hipertensos, donde se inculcan los hábitos preventivos, ejercicio físico, alimentación, etc.

### **Continuidad informacional. Historia clínica electrónica**

Más allá que hay muchas US que tienen equipamiento informático y conexión, todavía no se ha desarrollado un patrón común de historia clínica única que siga el recorrido del paciente en el sistema. En suma todavía no existe una HC electrónica de aplicación universal en todo el sistema.

### **Iniciativas de diálogo clínico entre AP y AE. “cultura” de colaboración entre atención primaria y especializada.**

Todavía son muy incipientes las experiencias de diálogo entre la AP y la AE. Culturalmente sigue predominando la visión centrohospitalaria.

En los casos que éste diálogo avanza, el rol principal lo tiene el médico de la USF.

### **Filas de espera para acceso a la atención especializada**

Para la AE hay filas de espera, que varían según la ubicación de los servicios de AP. En las regiones de mayor densidad de servicios, los tiempos son menores y en las más alejadas y rurales viceversa.

### **Las tasas de derivación: conocimiento y evaluación**

No se conocen las tasas de derivación y tampoco están establecidos mecanismos para evaluar la calidad de las mismas.

### **Monitoreo de las tasas de internación por condiciones sensibles a la atención primaria**

No hay un sistema de monitoreo sistemático de las tasas de internación cuando las mismas responden a condiciones sensibles para la AP. Solamente experiencias aisladas, y que responden a la actitud del ESF de las USF y la interrelación con los directores regionales y el sistema de gobierno a nivel territorial.

## FUERZA DE TRABAJO EN APS

### Composición de los equipos de APS

La Estrategia de Atención Primaria de Salud en Paraguay está siendo implementada en las Unidades de Salud de la Familia (USF) por el Equipo de Salud de la Familia (ESF), conformado por un Médico, un Licenciado en Enfermería u Obstetricia, un Auxiliar o técnico en Enfermería, y entre 3 a 5 Agentes Comunitarios de Salud.

Actualmente hay 752 USF funcionando, pero no todas tienen la integración plena de los equipos de salud de la familia.(ESF). Si tomamos como referencia el recurso humano medico está presente en 638 USF. El recurso humano del ESF, que más falta es el agente comunitario.

A través de las diferentes capacitaciones se propicia al trabajo en equipo donde se visualiza con las tareas llevadas a cabo en la USF, las cuales no sería posible sin el mismo. A si también, se visualizan equipos que cuentan con dificultades por relacionamientos interpersonal entre sus miembros que dificulta en las actividades diarias.

**Tabla Recursos Humanos en APS, Paraguay, 2014**

R.R.H.H	ACTUAL (754 USF)	BRECHA (646 USF)
MEDICO/A	638	762
LIC. ENFERMERÍA /OBSTETRICIA	742	658
ODONTÓLOGOS	33	247
AUXILIAR EN ENFERMERÍA	727	673
AGENTES COMUNITARIOS	414	5186
PROMOTORES DE SALUD INDÍGENA	40	380
<b>TOTAL</b>	<b>2594</b>	<b>7906</b>

Fuente: Presentación Dra. MariaTeresa Barán Wasilchuk -Viceministra de Salud Taller "Abordajes de Atención Primaria a la Salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur – ISAGS – Rio de Janeiro – Brasil – Mayo 2014

El ESF debe cumplir funciones generales y específicas a cada integrante a fin de llevar a cabo los objetivos de los diferentes programas impulsados por le MSP y BS, a través de un trabajo interdisciplinario se ve reflejado en la complementación de actividades realizadas por los RRHH de los distintos ESF. Como forma de incentivar el trabajo interdisciplinar y en equipo desde el Nivel Central se establecieron guías de trabajo para orientar la organización del trabajo de equipo de las USF.

### Nivel de formación y principales tareas de los profesionales integrantes de los equipos APS

#### Médicos

Formación Universitaria en Medicina y Cirugía, Clínica Médica, Medicina Familiar, Pediatría, Gineco-



obstetricia o Epidemiología, con interés en trabajar la Medicina Familiar.

### ***FUNCIONES DE MÉDICOS/AS***

1. Atender directamente a todas las personas que acudan al servicio, con calidad humana y técnica, sin discriminación de ningún tipo.
2. Informar a los usuarios acerca de sus derechos así como los procedimientos (diagnóstico y/o tratamiento) que recibirán.
3. Prescribir recetas e indicaciones.
4. Proveer atención de urgencia de acuerdo a protocolos de atención.
5. Participar en las Actividades de Promoción y Prevención.

### **Enfermería**

Formación Universitaria en Enfermería u Obstetricia con especialidades o experiencia en Salud Pública, Medicina Familiar, Salud Comunitaria o interés para trabajar en el Equipo de Medicina Familiar

1. Atención directa a las personas que acudan al servicio, con calidad humana y técnica, sin discriminación de ningún tipo.
2. Información a los usuarios de sus derechos así como los procedimientos (diagnóstico y/o tratamientos) que recibirán.
3. Proveer atención de urgencia de acuerdo a protocolos de atención.
4. Promover y Participar de las Actividades de Participación y Prevención de la Salud.

### **Auxiliar de Enfermería**

Formación técnica con título habilitado por el MSP y BS.

1. Conocimiento y sensibilidad hacia los problemas de la comunidad
2. Preparación del usuario-a para la consulta y/o procedimientos médicos
3. Elaborar plan de charlas y jornadas de información y capacitación para agentes comunitarios y la población.
4. Administración de medicamentos y procedimientos de enfermería en el servicio (valoración antropométrica para control de estado nutricional del niño/a inmunizaciones, curaciones, etc.)
5. Participar en las Actividades de Promoción y Prevención.

### **Formas de contratación y vínculos de trabajo de los profesionales de APS**

Todo el personal que integra los ESF, son asalariados, contratados por el gobierno nacional a través del MSPyBS. Hay dos variantes, por un lado contratos, renovables en función de una evaluación de desempeño y por otro, cargos presupuestados, que equivalen a cargos titulares, sin límites de contrato.

Se cuenta con normativa que establece el procedimiento, los Perfiles y las Matrices de Evaluación del concurso para la selección de personal para las Unidades de Salud de la Familia, a fin de lograr que los cargos vacantes sean ocupados por profesionales idóneos que reúnan las características manifestadas en el perfil, y permita un desempeño altamente satisfactorio en igualdad de oportunidades para todos los postulantes.

Los responsables de la Selección corresponden a los encargados de turno de las Direcciones Generales de Atención Primaria de la Salud y Dirección General de Recursos Humanos a través de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos - Dpto. de Reclutamiento y Selección y bajo la supervisión de los Encargados de la Secretaría de la Función Pública.

Este mecanismo es aplicable a todas las áreas dependientes de la Dirección General de Atención Primaria de Salud.

La Dirección de APS elaboró el perfil del cargo conjuntamente con los profesionales de la Dirección de Desarrollo de Recursos Humanos. El perfil contempla las competencias técnicas, profesionales, personales y académicas del ocupante del puesto.

Además se cuenta con una Matriz de Evaluación, elaborado por un Comité Evaluador, establecido previamente.

El concurso para ocupar vacancias en el Programa APS — Unidades de Salud Familiar utiliza el siguiente esquema:

**Primera Fase:** Verificar si en la institución donde se instalará la USF se halla trabajando un único profesional con el perfil requerido, en caso afirmativo, en ese local no se declarará la vacancia para ese cargo, y accederá al cargo dicho personal, asignándole el rubro correspondiente en forma interina. En este caso el postulante que será reconvertido a la función de personal de USF, se someterá a una evaluación en la Dirección de Atención Primaria de Salud; para dicha evaluación se utilizará la Matriz de Evaluación homologada por la SFP, que enfoca los aspectos técnicos profesionales y competencias personales y actitudinales para implementar la APS en el servicio. Esta evaluación es realizada por los responsables de la Dirección de Atención Primaria con la supervisión de la Dirección General de Recursos Humanos, y mientras el funcionario permanezca usufructuando dicho rubro en forma temporal, es sometido a evaluaciones periódicas de desempeño.

**Segunda Fase:** en esta fase se podrán optar por las siguientes opciones de concurso:

1. Concurso interno, niveles
  - a. Regional
  - b. Institucional
2. Concurso Público de Oposición: Siempre que el llamado a Concurso interno no haya dado los resultados esperados, o no existiera el solicitado dentro del MSPBS, se llamará a un concurso externo por

un lapso de 5 días hábiles a partir de la publicación en la página WEB del MSP BS o en 1 (un) diario de gran Circulación Nacional a fin de cubrir la vacancia generada. La publicación deberá describir claramente el perfil requerido. Además como medios alternativos o potenciadores de la convocatoria se podrá recurrir a medios radiales, televisivos y otros. Toda convocatoria será publicada en la página web del MSPBS: [www.mspbs.gov.py](http://www.mspbs.gov.py) y de la SFP: [www.sfp.gov.py](http://www.sfp.gov.py) por un lapso de 10 días corridos. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social podrá, a su discreción, prorrogar el tiempo del llamado en caso de que lo considere necesario.

La postulación a las USF es libre e individual, pero teniendo en cuenta las características particulares de la ubicación de las unidades de APS, generalmente situadas distantes de los centros urbanos, además del rol preponderante que cumplen las Unidades de Salud de la Familia (USF), es de mayor interés que se presenten postulantes que residan en la comunidad donde se instalaran las USF o aquellos que tengan interés y predisposición en residir en la zona. Las USF desempeñan labores sociales sensibles, asociados con la peculiaridad de cada comunidad por lo que el requisito de residencia se vuelve un factor decisivo en la selección final del candidato.

### Formas de remuneración de los profesionales de APS

La forma de remuneración de los integrantes de los ESF, en todas sus categorías es el salario, al cual se le suman otros componentes: bonificación y gratificación. El salario básico varía según la categoría profesional y las características del territorio, mientras que los otros dos componentes también varían en función de la misma variable.

Los cuadros siguientes presentan la composición de la remuneración de los diversos profesionales.

Cuadro 1. MÉDICOS CONTRATADOS_SALARIOS BASICOS, Paraguay				
Lugares	Salarios Básicos	Bonificación	Gratificación	Total
<b>Capital</b>	6.600.000 g	2.640.000	760.000	<b>10.000.000</b>
<b>Central Fácil</b>	6.600.000	2.640.000	760.000	<b>10.000.000</b>
<b>Central Difícil</b>	6.600.000	2.640.000	1.760.000	<b>11.000.000</b>
<b>Interior Fácil</b>	6.600.000	2.640.000	1.760.000	<b>11.000.000</b>
<b>Interior Difícil</b>	8.600.000	3.340.000	-----	<b>12.040.000</b>

Cotización 1 U\$S = 4415 guaraníes

Fuente Banco Central de Paraguay<sup>1</sup> enero marzo 2014

Cuadro 2. MÉDICOS PRESUPUESTADOS, Paraguay					
Lugares	Presupuesto	Contrato	Bonificación	Gratificación	Total
<b>Capital</b>	5.000.000	4.650.000	730.000	-----	<b>10.380.000</b>
<b>Central</b>	5.000.000	4.650.000	730.000	-----	<b>10.380.000</b>
<b>Interior Fácil</b>	5.000.000	4.650.000	1.730.000	-----	<b>11.380.000</b>
<b>Interior Difícil</b>	5.000.000	6.000.000	700.000	-----	<b>11.700.000</b>

**Cuadro 3. LICENCIADOS CONTRATADOS, Paraguay**

Lugares	Salarios Básicos	Bonificación	Gratificación	Total
Capital	5.500.000	-----	-----	5.500.000
Central Fácil	5.500.000	-----	-----	5.500.000
Central Difícil	5.500.000	500.000	-----	6.000.000
Interior Fácil	5.500.000	500.000	-----	6.000.000
Interior Difícil	5.500.000	1.250.000	-----	6.750.000

**Cuadro 4. LICENCIADOS PRESUPUESTADOS**

Lugares	Presupuesto	Contrato	Bonificación	Gratificación	Total
Capital	4.000.000	1.750.000	200.000	-----	5.950.000
Central Fácil	4.000.000	1.750.000	200.000	-----	5.950.000
Interior Fácil	4.000.000	1.750.000	700.000	-----	6.450.000
Interior Difícil	4.000.000	1.750.000	1.550.000	-----	7.300.000

**Cuadro 5. AUXILIARES CONTRATADOS**

Lugares	Salarios Básicos	Bonificación	Gratificación	Total
Capital	3.860.000	-----	-----	3.860.000
Central Fácil	3.860.000	-----	-----	3.860.000
Central Difícil	3.860.000	340.000	-----	4.200.000
Interior Fácil	3.860.000	340.000	-----	4.200.000
Interior Difícil	3.860.000	890.000	-----	4.750.000

**Cuadro 6. AUXILIARES PRESUPUESTADOS**

Lugares	Presupuesto	Contrato	Bonificación	Gratificación	Total
Capital	3.200.000	-----	1.120.000	250.000	4.570.000
Central Fácil	3.200.000	-----	1.120.000	250.000	4.570.000
Central Difícil	3.200.000	-----	1.120.000	550.000	4.870.000
Interior Fácil	3.200.000	-----	1.120.000	550.000	4.870.000
Interior Difícil	3.200.000	-----	1.120.000	1.080.000	5.400.000

**Cuadro 7. ODONTOLOGOS**

Lugares	Salarios Básicos	Bonificación	Gratificación	Total
Central Fácil	6.600.000	1.400.000	-----	8.000.000
Central Difícil	6.600.000	2.210.000	-----	8.810.000
Interior Fácil	6.600.000	2.210.000	-----	8.810.000
Interior Difícil	6.600.000	2.640.000	760.0000	10.000.000

**Cuadro 8. ODONTOLOGO PRESUPUESTADO**

Lugares	Presupuesto	Salarios Básicos	Bonificación	Gratificación	Total
Interior Difícil	4.500.000	3.650.000	1.800.000	200.000	10.150.000

### Disponibilidad de profesionales para la APS (médicos y enfermeros)

Del análisis de la tabla a seguir se puede inferir que la disponibilidad de profesionales de salud es baja en todas las disciplinas, aunque el déficit de licenciados/as en enfermería puede ser temporalmente cubierto por los técnicos en enfermería, que son formados bajo el control del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Instituto Nacional de Salud.

Tabla - Disponibilidad de profesionales de salud, Paraguay, 2014

Profesionales de la salud	Número	Razón por 1000 habitantes
Médicos	9070	1.30 ‰
Enfermeras	5640	0.86 ‰
Odontólogos	7467	0.73 ‰
Técnicos	1717	0.25 ‰

Fuente: Dirección Estratégica de RRHH-MSPBS General

A ello se agrega la distribución inadecuada de la fuerza de trabajo en salud, particularmente en la disciplina médica. Por ello con el desarrollo de la estrategia APS, también se generaron líneas de trabajo tratando de disminuir esas asimetrías en la distribución. A pesar de ello, persiste una brecha en la cantidad de médicos y su distribución territorial.

“Según datos recabados por el ministerio, existe una concentración de más de 50% de los profesionales de salud en Asunción y el departamento Central, si bien con la instalación de las Unidades de Salud de la Familia en poblaciones alejadas y rurales, se ha promovido la redistribución de profesionales hacia los diversos departamentos de país. En cuanto a las especialidades, existen especialidades cuyas brechas son críticas y requieren una intervención conjunta con las universidades y los gremios para subsanar este déficit crónico. Entre ellas, podemos mencionar: anestesia (la más crítica), neurocirugía, terapia intensiva neonatal y, en menor medida, pediatría”. (ISAGS Paraguay. Sistemas de Salud de Suramérica. Desafíos para la universalidad, integralidad, y la equidad. ISAGS – UNASUR).

Actualmente, las 752 USF instaladas tienen médicos, de los cuales solo el 14%, (105) cuentan con especialidad en medicina generalista/integral o de familia y comunidad

### Estrategias para permanencia de profesionales en zonas desfavorecidas y remotas

La estrategia utilizada para la permanencia en zonas alejadas es el incentivo económico asociado a apoyo profesional y personal.

El incentivo económico se visualiza en la tabla de salarios por categoría profesional (Cuadros 1 – 8) que se pueden sintetizar de la siguiente manera, según la Base de datos DGAPS 2013:

Incentivos económicos RRHH APS – USF RURAL

1. Médico/a 2.700 U\$D
2. Licenciado/a 1.500 U\$D
3. Auxiliar en Enfermería 1.060 U\$D

El apoyo profesional y personal significa Infraestructura y entorno laboral seguro, interacción entre las USF remotas y los demás profesionales. Desarrollo de la Telemedicina, programa de promoción personal: progreso en la carrera profesional sin necesidad de abandonar el lugar, mejores condiciones de vida, acceso a servicios y conformación de redes profesionales

Analizando los cuadros referidos a los incentivos económicos y las medidas relacionadas al apoyo profesional y personal, que aún son incipientes; y las diferencias con las condiciones en otras regiones (Central y Capital), se puede inferir que las mismas todavía no son sustantivas para captar y mantener profesionales para zonas alejadas.

### **Formación para la APS: estrategias de formación graduada.**

Se estableció un plan de capacitación continua a través de cursos virtuales del nodo Paraguay por INS (Instituto Nacional de Salud) desarrollado por la OPS, (con dificultades en el desarrollo por el abandono de los alumnos) financiado por la ONG CIRD (Centro de Información y Recursos para el Desarrollo).

Además hay varias universidades que en su oferta de especialidades tienen hoy la medicina familiar y comunitaria.

El régimen de formación es la residencia y las plazas son determinadas por las propias universidades.

“No se han logrado aún cambios importantes en la orientación de la formación de los trabajadores de la salud. El modelo biologicista y orientado hacia la enfermedad predomina en todas las instituciones formadoras. A través de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos se han establecido contactos y se han facilitado seminarios de actualización y formación de referentes de las universidades, pero se requiere una acción de mayor impacto para lograr este cambio cultural en las universidades más antiguas, ya que las demás siguen la misma línea trazadas por ellas. No obstante, se ha incentivado la formación de postgrado por medio de residencias en medicina familiar y cursos virtuales para los médicos de las Unidades de Salud de la Familia, en el Instituto Nacional de Salud”. Cap.IX. Paraguay. Sistemas de Salud de Suramérica. Desafíos para la universalidad, integralidad, y la equidad. ISAGS – UNASUR - 2011

### **Estrategias de formación especializada para la APS:**

Cuando comenzó el proceso de implementación de la estrategia de APS, existía un número limitado de Especialistas en medicina generalista/integral o de familia y comunidad, y para poder cubrir las necesidades se contrataron médicos Generales para la prestación de servicios en las USF.

Existen algunas alternativas a nivel público privado para las Especializaciones en esas áreas que están ofertadas a través de un concurso basado a las competencias de cada profesional, que es regulado por la Comisión Nacional de

Residencias Médicas, ente que se encarga de la distribución de especialidades médicas en todos los centros que están Habilitados para la formación de estos a nivel país.

## ESTRATEGIAS DE FORMACION PARA LA APS, Paraguay

Pasantía Rural Pregrado y Posgrado	Residencia de medicina familiar	Posgrados de medicina familiar	Cursos y diplomados
3 - 6 Meses	3 años	2 años	1 – 3 años
USF Rurales y Hospitales	CONAREM*- UNA - Privado	Presencial y/o virtual	INS*
Convenios MSPBS – UNA* - Universidades Privadas	50 Plazas anuales	UNA – IPS* - Privado	
Estudiantes y/o médicos, licenciaturas y tecnicaturas	7 unidades formadoras (4 en el interior del país)		
Homologación de títulos			
*Universidad Nacional de Asunción	*Comisión Nacional Residencias Médicas	*Instituto de Previsión Social	*Instituto Nacional de Salud

Fuente: Presentación Dra. MariaTeresa Barán Wasilchuk -Viceministra de Salud Taller “Abordajes de Atención Primaria a la Salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur – ISAGS – Rio de Janeiro – Brasil – Mayo 2014

## Estrategias de educación permanente en APS

Las estrategias incorporadas en la DGAPS para una educación permanente se realiza a través de Cursos introductorios para los nuevos personales dentro de la estrategia, talleres de seguimientos de capacitación, capacitaciones en base a las guía de trabajo en APS y protocolos de atención en APS para los ESF y programas de salud.

“En general, no existen programas de educación permanente de la fuerza de trabajo en salud. Existen capacitaciones aisladas, excepto en el caso de enfermería y obstetricia, que con la creación del Instituto Nacional de Educación Permanente en Enfermería y Obstetricia, cuenta con un programa diseñado con el apoyo de la cooperación japonesa, que ofrece una muy buena iniciativa” Cap.IX. Paraguay. Sistemas de Salud de Suramérica. Desafíos para la universalidad, integralidad, y la equidad. ISAGS - UNASUR

## Adhesión de los profesionales a la APS: valorización profesional, reconocimiento social de los profesionales de APS

Sin duda el reconocimiento en las comunidades a los profesionales es sumamente valorado ya que se reconoce el derecho de una atención digna, se reconoce a la persona en su entorno y se crean los vínculos. El estado y los programas de salud van reconociendo el trabajo y los resultados positivos en la población donde se va incrementando su valoración.

“...Desde la percepción de las personas usuarias de las USF, las opiniones son favorables en cuanto al trato recibido, la gratuidad, el horario de atención, la presencia de varios profesionales de salud. Valoran positivamente las modalidades de trabajo de los ESF como los censos y las visitas domiciliarias, y que



la mayoría de sus problemas de salud fueron resueltos de acuerdo a la capacidad resolutoria de las USF. En relación a los medicamentos, la población manifiesta satisfacción cuando recibe los medicamentos, sobre todo para las enfermedades crónicas, debido a los beneficios que producen los mismos en su calidad de vida, sin embargo enfatizan la necesidad de provisión regular de los mismos así como de antibióticos, antiinflamatorios, entre otros.”. Programa Emblemático Gubernamental UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA INFORME DE EVALUACIÓN DE PROCESO Ministerio de Hacienda Unidad de Economía Social diciembre 2010

### **Actividades de docencia e investigación en los servicios de APS**

Existen convenio con universidades públicas y privadas, estas a pesar de no contar con una malla curricular bien establecida sobre Atención Primaria de Salud, y que la Estrategia es recientemente implementada en nuestro país, los estudiantes de las carreras a fines de la Salud realizan rotaciones temporales en la USFs a fin de conocer la Estrategia de APS en los territorios sociales. Actualmente el proyecto Ñandutí de JICA en el departamento de Caaguazú a través de la Cooperación Japonesa, promueve investigaciones sobre el desarrollo de la estrategia.

## ACTIVIDADES INTERSECTORIALES Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

### Interacción con otros sectores de políticas públicas para hacer frente a los determinantes sociales

La intersectorialidad conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada. Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación fortuita o casual en acciones que lideradas por el sector salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas se orienten estratégicamente a aquellos problemas identificados y priorizados con la comunidad, donde las actividades de otros sectores pueden ser

“...La intersectorialidad, vista como la intervención coordinada de instituciones representativas de los sectores sociales, en acciones destinadas a tratar de atender y entender los problemas vinculados con la salud, es parte de la respuesta social organizada.

Consiste fundamentalmente en convertir la cooperación formal, no formal, eventual o casual en acciones, que lideradas por el sector de la salud y apoyadas en políticas nacionales o locales debidamente concertadas, se orienten estratégicamente hacia los problemas identificados y priorizados, donde las actividades de otros sectores pueden ser determinantes para el mejoramiento de los indicadores de salud.

La consigna es sumar la participación de los distintos sectores y trabajar en la construcción de alianzas estratégicas para fortalecer la defensa y el derecho a la salud...” (Dullak . et al. 2011).

Esto se logra a través de:

1. Acciones conjuntas con las organizaciones comunitarias.

Los ESF desde sus USF realizan acciones conjuntas con organizaciones comunitarias como Comisiones Vecinales, Consejos de Salud Local. Estas acciones tiene por objetivo el apoyo, asistencia, acompañamiento a grupos vulnerables.

2. Acciones conjuntas con otros sectores sociales (intersectoriales), acciones de redes de apoyo social. Estas Acciones no están institucionalizadas. Cada ESF logra el trabajo intersectorial a nivel comunitario. La realización de Mingas Ambientales, Contingencias, el Ministerio ha institucionalizado y se organiza el trabajo intrasectorial e intersectorial como Gobernaciones, municipalidades, ONGs, comisiones vecinales, consejos de salud y la participación de la comunidad para el logro de objetivos.

## Elaboración del plan de acción

Se realiza con los siguientes participantes: ESF, municipalidad, asociaciones comunales, líderes y lideresas, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, representante de los trabajadores sociales, la comunidad organizados en mesas de trabajo.

Se elabora un documento en el marco de los objetivos estratégicos del MSP y BS plasmados en las propuestas derivadas de la filosofía y estrategia promocional de la equidad en calidad de vida y salud de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad.

Se organizan los problemas de salud por orden de prioridad a partir de la identificación de las necesidades y problemas de la población que surgen de las mesas de diálogo con las comunidades. Fuente: equipo APS – DGAPS – MSPYBS - 2014

Es lo que se conoce como “**Diagnóstico comunitario participativo (DCP)**”, que se discutirá en mesas intersectoriales. Esto debe abarcar además los aspectos educativos (nivel de conocimientos) y de comportamiento (actitudes, hábitos) y creencias de la población. A partir del análisis de esta situación, se deben extraer los problemas de salud, sobre los cuales se deberá intervenir-priorización de problemas.

Las actividades intersectoriales las realiza cada ESF en su territorio como una autogestión impulsando la conformación de comisiones vecinales, consejos de salud. Desde la implementación de la estrategia de APS se han formalizado el 98% de los Consejos Locales de Salud a nivel país.

Los Consejos de salud realizan el Plan de Salud Local, pero con escasa a nula participación de las USF en las reuniones y decisiones. Se está trabajando en la participación activa de las USF en el Plan de Salud Local.

Los Consejos Locales y Subconsejos de Salud, permiten la participación ciudadana en salud y la articulación entre instituciones del Estado, organizaciones de la sociedad civil e instituciones privadas. Sus acciones están enmarcadas, principalmente, en la Ley N° 1.032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud y la Ley N° 3.007/06 que la amplía y modifica.

Los CLS son organizaciones de naturaleza mixta, establecidas por el Estado, formando parte de su constitución instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil, de aparición más reciente (1996) y se insertan en el marco de un esfuerzo sectorial de la sociedad paraguaya por construir un sistema de salud que responda, de manera más adecuada, a las necesidades del conjunto de la población, mediante una mejor racionalidad en el uso de los recursos, y una participación de la sociedad en la planificación, movilización y control de la gestión pública en salud a nivel local (Consejos Locales de Salud. Aspectos institucionales y organizativos. Cuaderno No 1. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD). Octubre 2010).

### Actividades intersectoriales con enfoque de determinantes

<b>Educación sanitaria</b>	El MSP y BS rol de rector y ejecutor de acciones de protección, preventivas, educativas, curativas y/o rehabilitadoras. MEC: Escuelas Saludables
<b>Provisión de alimentos y alimentación adecuada</b>	Equipo técnico “Alimentar la mente para combatir el hambre” MEC, INAN, MAG, FAO. Equipo técnico “CANTINA ESCOLAR” MEC, INAN Comité Técnico Interinstitucional de las Guías Alimentarias de Paraguay Grupo de Vigilancia de alimentos. INAN/MIC-DEFENSA DEL CONSUMIDOR. Comité de medidas sanitarias y fitosanitarias. (OMC) MAG/SEN/ SENACSA/ SENAVE/SEAM/DINAVIS.
<b>Saneamiento básico</b>	Ente regulador de los servicios sanitarios del Paraguay (ERSSAN). Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay (ESSAP, S.A.) área de acción en comunidades de más de 10.000 hab. Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) área de acción en comunidades con menos de 10.000 hab. Prestadores particulares Aguateros
<b>Inmunizaciones</b>	Actividad exclusiva del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI del MSP y BS.
<b>Abastecimiento de medicamentos</b>	Listado de medicamentos esenciales. Medicamentos básicos, antihipertensivos, antidiabéticos, antituberculosos, VIH-Sida, salud mental, ostomizados, trasplantes, oncológicos, enfermedades lisosomales. Constituyen 25% del Presupuesto. A través de la Descentralización la implementación de las farmacias sociales en las comunidades.
<b>Medicina tradicional</b>	Incipiente coordinación entre ESF y médicos tradicionales. Potenciado por la Dirección de Salud Indígena. Respeto a la cultura. Impulsando la Ley de Salud Indígena.

Fuente: Paraguay. Atención Primaria en Salud. Dra. Celeste Pavón de Miltos; Dirección de Gestión y Desarrollo Social – Dirección General de APS – MSPYBS; PRESENTACION: Seminario ISAGS : APS – Santa Cruz de la Sierra – BOLIVIA

Aisladamente se realizan estos trabajos intersectoriales, la mayoría impulsados a nivel institucional pero no regional o local.

Depende mucho de la autogestión de cada ESF como USF. Se está trabajando en lograr a nivel central que las acciones se realicen en forma conjunta para mejor implementación e impacto de un proyecto.

## **Interacción de los equipos APS con organizaciones comunitarias y las ONG en el territorio**

La interacción de los equipos APS con organizaciones comunitarias y las ONG en el territorio depende de la autogestión de cada USF. Se está trabajando que cada regional tenga conocimiento de la situación y poder canalizar acciones a través de las USF.

Los servicios de salud existentes se orientan gradualmente hacia el modelo de Atención Primaria de Salud y organización en redes de atención. Para ello se procede a adaptar la estructura organizativa y funcional actual buscando integrar los recursos existentes.

## **Acciones comunitarias de los equipos de APS - diagnóstico de los problemas de la comunidad**

En el territorio de cada USF, una de las prioridades para la planificación es el diagnóstico de salud del territorio, para lo cual se siguen pautas elaboradas en el nivel central. A continuación se detallan los pasos que deben seguir las USF.

Pasos comunes del diagnóstico comunitario participativo para la ejecución del análisis de la situación de salud integral:

1. Asignación de la población.
2. Identificación de las necesidades y problemas de la población.
3. Identificación de líderes de la comunidad.
4. Organización de equipos de líderes para el seguimiento del diagnóstico y comunicación de los avances con la comunidad.
5. Asegurar la disponibilidad de materiales para hacer el diagnóstico.
6. Elaboración en conjunto con el equipo de líderes participantes, de un croquis de la comunidad para programar la recopilación de datos, ubicando los puntos cardinales correspondientes, así como el sistema de redes integrales e integradas en el área geográfica de influencia.
7. Llevar registro de problemas identificados durante todo el proceso del diagnóstico, desde el reconocimiento geográfico, en el diario de campo.
8. Capacitación a los líderes comunitarios.
9. Organización y distribución del trabajo de recopilación de datos con el equipo de líderes.
10. Seguimiento diario del proceso de recopilación de datos si es posible, para apoyarse mutuamente.
11. Procesamiento y consolidación de la información y mapa sanitario con el equipo de líderes comunitarios.
12. Incorporación de la información obtenida de la hoja Censo- FORMULARIO 1 para realizar análisis de los resultados de los indicadores.
13. Análisis de todos los datos obtenidos en la hoja Censo- FORMULARIO

- 1, en el diagnóstico comunitario participativo (mesas de dialogo) y otras fuentes como entrevistas, para construir el plan de acción, priorizando necesidades sentidas por la población.
14. Elaboración de la presentación de consolidado diagnóstico.
15. Preparación y convocatoria a reunión para hacer la devolución diagnóstica con la participación del equipo de líderes a la comunidad, representantes del nivel local de salud y de otros sectores.
16. Anotación en una lista, de los problemas que se vayan identificando por parte de los participantes, durante la devolución y elaboración del Diagnostico comunitario participativo (DCP), para luego realizar una priorización de los mismos.
17. Priorizar los problemas identificados durante el diagnóstico comunitario participativo (DCP) obtenido de las mesas de diálogo, según la frecuencia con que ocurren los problemas, la gravedad en la población afectada, la preocupación de la comunidad por el problema y si se puede hacer algo en la comunidad para solucionarlo. Los problemas relacionados con determinantes sociales de la salud tales como el empleo, la vivienda, agua potable, educación y otros servicios básicos que requieren la participación de diferentes sectores, deberán desarrollar su propio proceso de planificación de intervenciones, bajo la responsabilidad directa de los líderes de la organización comunitaria, en coordinación con los representantes de los sectores correspondientes.
18. Definidos y priorizados los problemas, sus causas y efectos, se continúa con un listado de posibles soluciones factibles, las cuales serán transformadas en objetivos, que correspondan exactamente con los problemas identificados, sus causas y efectos con la ejecución del plan de acción.
19. Monitoreo de los procesos e impactos, con la siguiente frecuencia: mensual por el ESF, trimestral con la Región Sanitaria; semestral con los líderes, lideresas, municipalidades y otras organizaciones. Fuente: Equipo APS – DGAPS – MSPYBS- 2104

### Participación social en APS

La participación comunitaria, como componente esencial de la promoción de la salud, se expresa como el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidad en cuanto a su salud y el bienestar propios y de la colectividad. Mediante este proceso mejora la capacidad de contribuir al propio desarrollo económico y comunitario; facilitan conocer mejor las situaciones y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes.

Mediante la participación los miembros de la comunidad pasan a ser agentes de su propio desarrollo en lugar de beneficiarios pasivos. Sin la participación de las personas, es imposible enfrentarse a los nuevos retos de la salud colectiva. Fuente: Equipo APS – DGAPS – MSPBS – 2011.

Se debe considerar entonces, los siguientes aspectos:

1. Necesidades identificadas y sentidas: identificadas mediante la hoja de censo, formulario 1, entrevistas a líderes, lideresas, municipalidades, organizaciones, etc.
2. Problemas percibidos por la población: lluvia de ideas, mesas de diálogos, etc.
3. Criterios sobre los servicios de redes integrales e integradas de salud y grado de satisfacción de la población.



## INTERCULTURALIDAD

Existe un trabajo conjunto con la Dirección de Salud Indígena para la implementación de un Manual de Atención a Comunidades Indígenas. Existen USF en comunidades indígenas y promotores indígenas para un trabajo conjunto.

## SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN APS

El desarrollo de los sistemas de información en APS, todavía es incipiente. Por un lado coexisten las modalidades en papel y electrónicas, hay como una necesidad de registrar todo lo que se hace lo que multiplica el trabajo administrativo en las USF. Hay información que se duplica y todavía no hay un flujo definido para que toda la información generada, llegue al nivel central de planificación, es decir la DGAPS.

Muchas veces la información queda en la coordinación regional de APS o a veces va a la dirección de estadísticas del MSPBS, pero no pasa por la DGAPS.

El análisis y difusión de los mismos a los directamente involucrados, todavía no tiene una sistemática definida y ello desestimula la fase de recolección de información.

Insuficiente conectividad, líneas telefónicas, Internet, computadoras, esta situación dificulta para el acceso a la información en forma oportuna.

## MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA APS

El monitoreo, parcialmente lo hace la coordinación regional de APS, y la DGAPS.

En aspectos específicos como RR:HH, pueden hacerse seguimientos, o en el área de abastecimiento de medicamentos e insumos pero todavía no hay un diseño que garantice una visión integral del desarrollo de la APS.

Se han realizado evaluaciones sobre la evolución del proceso de instalación de las USF. En ese sentido, podemos mencionar, el realizado por la Unidad de Economía Social del Ministerio de Hacienda realizado en noviembre de 2010 cuyas conclusiones generales transcribimos a continuación las conclusiones generales:

**El 100% de las USF evaluadas cuentan con un equipo de profesionales de la salud**, si bien sólo el 18% incluye a los agentes comunitarios de salud. La presencia de estos últimos es relevante para un seguimiento continuo y sistemático a las familias del área de cobertura.

**Los mecanismos de transferencia de información desde el nivel local hasta el nivel nacional tienen dificultades**, debido a que el sistema de información en los diferentes niveles no está suficientemente preparado para la recepción y procesamiento de la diversidad de datos generados por las USF y que existe carencia de equipos informáticos.

La remisión de casos que no pueden ser solucionados en las USF, se realizan con el **apoyo de instituciones públicas, la comunidad y recursos particulares del propio personal de las USF**.

El sistema de regulación, comunicación y transporte es aún incipiente.

**Todos los ESF han sido capacitados** con el curso introductorio, pero existe déficit en actualizaciones y cursos de seguimiento periódicos, sobre todo para las USF del interior del país.

La mayor parte de las **infraestructuras de las USF tienen déficit** en cuanto a las reparaciones necesarias y presentan espacios físicos reducidos.

Casi todas las USF, tienen **carencias en algunos equipamientos**, así como en móviles apropiados para las comunidades indígenas.

La **provisión regular de medicamentos es aún insuficiente**, en todos los casos, para cubrir la demanda, pero es un aspecto valorado favorablemente por las comunidades, sobre todo para el control de enfermedades crónicas.

Las experiencias de las USF implican **cambios sustanciales en la práctica profesional de los ESF y en las propias comunidades**. Se abordan más integralmente los problemas de salud, al considerar a las personas en su entorno familiar y comunitario, incluyendo sus condiciones de vida, con una clara responsabilidad sanitaria hacia la población asignada.

Se hace **énfasis en la promoción de la salud y la interacción con otros actores e instituciones**, aunque este tema es aún incipiente y requiere de una mayor consolidación.

La población manifiesta **opiniones favorables respecto a la atención recibida** en cuanto al trato, la gratuidad, el horario de atención, la presencia de varios profesionales de salud, y valoran positivamente las modalidades de trabajo de los ESF como los censos, las visitas domiciliarias y las consultas extramurales en sus comunidades.

Las personas manifiestan **satisfacción cuando reciben los medicamentos, sobre todo para las enfermedades crónicas**, y enfatizan la necesidad de provisión regular de los mismos.

En todos los casos, el **número de consultas y personas atendidas ha tenido un aumento considerable**.

## AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer por las entrevistas y documentaciones entregadas a todos los entrevistados: autoridades nacionales, autoridades locales y responsables por las organizaciones y unidades de salud visitadas.

## BIBLIOGRAFIA

Consejos Locales de Salud. Aspectos institucionales y organizativos. Cuaderno No 1. Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD). Octubre 2010

Dullak R. et all; Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva Primary Healthcare in Paraguay: overview and prospects . *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2865-2875, 2011

INFORME FINAL DE MONITOREO PROGRAMA: ATENCION PRIMARIA EN SALUD Subprograma: APS MEDICINA FAMILIAR. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL. 2012.

IPS. Paraguay. [www.ips.gov.py](http://www.ips.gov.py)

ISAGS. Sistemas de Salud de Suramérica. Desafíos para la universalidad, integralidad, y la equidad. ISAGS – UNASUR. Cap.IX. Paraguay. 2011.

MSPBS. Dossier Nacional Paraguay. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con los otros niveles de atención. Eurosocietal Sector Salud – MSPBS - 2007

MSPBS. Paraguay [www.mspbs.gov.py](http://www.mspbs.gov.py)

PRESENTACION: Seminario ISAGS: Paraguay Atención Primaria en Salud. Dra. Celeste Pavón de Miltos APS – Santa Cruz de la Sierra – BOLIVIA 2013.

PRESENTACION: Taller “Abordajes de Atención Primaria a la Salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur. Dra. MariaTeresa Barán Wasilchuk -Viceministra de Salud– ISAGS – Rio de Janeiro – Brasil – Mayo 2014

Programa Emblemático Gubernamental UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA INFORME DE EVALUACIÓN DE PROCESO Ministerio de Hacienda Unidad de Economía Social diciembre 2010.

## INDICADORES PARAGUAY

Tabla 1: Indicadores Demográficos, Paraguay	
Indicadores	2012
Población	6,672,631
Proporción de la población urbana	58.9
Proporción población < 15 años	32.7
Proporción población > 65 años	5.3
Tasa de fecundidad	2.81
Esperanza de vida al nacer general	72.6
EVN mujeres	74.8
EVN hombres	70.6
Tasa de alfabetización (> 15 años) Año 2009*	94.3

\*ISAGS 2012. Cap.IX. Sistemas de salud en Suramérica. ISAGS 2012

Tabla 2: Indicadores socioeconómicos, Paraguay		
Indicadores	2012	Observaciones
PIB per cápita en U\$S	2905	
Índice de desarrollo humano IDH	0,669	
Razón de ingreso 20% sup./20% inferiores	17.3 #	# 2008 Situación de salud de las Américas Indicadores básicos 2012 OPS/OMS
Índice de GINI	0.53 (2011)	
GPS como proporción PBI*	3.4 (2009)	
Abastecimiento agua potable % (Fuentes mejoradas agua potable)	86% (&)	2008
Acceso saneamiento básico %(Saneamiento mejorado)	74% (&)	

\*Fuente: Departamento de Economía de la Salud-DGPE-MSPBS; &) Situación de salud de las Américas. Indicadores básicos 2012. OPS/OMS

Tabla 3: Evolución Mortalidad 2000 y 2005, Paraguay		
Indicadores	2000	2005
TMI	20.2	17.8
TMI neonatal	11.0	11.7
TMI postneonatal	9.2	6.1
TMI < de 5 años	25.6	21.8
Razón de mortalidad materna	164.0	128.5

Fuente Indicadores básicos de salud. Paraguay 2012. OPS/OMS



Tabla 4: Datos de cobertura. Evolución del 2000 a ultimo dato disponible

Indicadores	2000	2005
% gestantes atendidas por personal capacitado		86.5
% gestantes atendidas 7 consultas o+		26.2
% partos atendidos por personal capacitado/institucional	84.5	84.3
% de defunciones causa de muerte mal definida o ignorada	20.4	16.8

\*Fuente Indicadores básicos de salud. Paraguay 2012. OPS/OMS

\*\* DATOS 2011 MSPBS

Tabla 5: Fuerza de trabajo en salud, Paraguay, 2000 y 2010

Indicadores	2000	2010
Médicos x 1000 hab. Pais		1.30
Razón enfermeras x 1000 hab. Regiones		0.86
Razón odontólogos x 1000 hab. Pais		0.73

Fuente: Dirección General Estratégica de RRHH-MSPBS. Cap. IX Cap.IX. Sistemas de salud en suramerica. ISAGS 2012

Tabla 6: Capacidad Instalada en APS, Paraguay, 2013

Indicadores	2013
Nº de unidades APS*	760
Razón de unidades APS X 10000 hab. totales	1.13

