



Informe de Evaluación
Incidencia de la inversión en
infraestructura en el sector Salud
sobre la cobertura integral de
los servicios especializados
2023



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y FINANZAS



PpR Presupuesto
por Resultados

Evaluación sobre la incidencia de la inversión en infraestructura en el sector salud sobre la cobertura integral de los servicios especializados

Autoridades

Carlos Fernández Valdovinos, ministro de Economía y Finanzas

Oscar Lovera, viceministro de Administración Financiera

Teodora Recalde de Spinzi, directora general de Presupuesto

Coordinación y Revisión

Monserrat Díaz, coordinadora de Monitoreo y Evaluación del Gasto Público

Supervisión y Edición

Elvira Pereira, jefa del Departamento de Evaluación del Gasto Público

Autores

Elva Espínola, analista sénior del Departamento de Evaluación del Gasto Público

Andrés Brítez, analista sénior del Departamento de Evaluación del Gasto Público

Agradecimiento a:

Juan Edgar Tullo Gómez, director general de Información Estratégica en Salud – MSPBS

Este documento fue elaborado por la Dirección General de Presupuesto, Viceministerio de Administración Financiera, Ministerio de Economía y Finanzas.

Las opiniones expresadas en este documento no representan necesariamente las del MEF.
El contenido de este material puede ser reproducido siempre y cuando se mencione la fuente.

Edición, 2023

Para mayor información o para la obtención de ésta y otras publicaciones dirigirse a: Dirección General de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas: Chile 252 - Asunción - Paraguay

Teléfono: +595-21 4146 737 E-mail: dgp@hacienda.gov.py

Web site: www.mef.gov.py



Índice

Introducción	1
1. Marco contextual de la Salud Pública en Paraguay	3
2. Infraestructura como pilar para la prestación de servicios de salud.....	11
2.1 Descripción de la organización e infraestructura disponible	11
2.2 Identificación geográfica de los establecimientos de salud.....	17
3. Presupuesto destinado a Infraestructura de Salud Pública.....	32
3.1 Comportamiento de las inversiones en el periodo 2018-2022	32
4. Análisis de la incidencia de la inversión en infraestructura para la descentralización de servicios especializados de salud pública.	38
4.1 Demanda de consultas de la población a nivel territorial.	38
4.2 Análisis de internaciones registradas en establecimientos de salud. Periodo 2018-2022	55
4 Conclusiones y Recomendaciones.....	61
Bibliografía	66
Anexos.....	68



Lista de Tablas

Tabla 1 Distribución de la población según tenencia de seguro médico. Periodo 2018-2022... 6	6
Tabla 2 Población con seguro médico que acude a la salud pública. Periodo 2018-2022. 6	6
Tabla 3 Clasificación de establecimientos según niveles de atención y complejidad..... 15	15
Tabla 4 Distribución de establecimientos del MSPBS según departamento y tipo. Año 2022 19	19
Tabla 5 Establecimientos dependientes del MSPBS con Unidades de Terapia Intensiva. Año 2022	28
Tabla 6 Ejecución del Presupuesto del MSPBS por Grupo del Gasto. Periodo 2018-2022	32
Tabla 7 Ejecución de actividades/proyectos destinado a inversiones. Periodo 2018-2022	34



Lista de Figuras

- Figura 1 Organización de los Servicios de Salud en el marco de la RIISS Paraguay. Año 2019.. 5
- Figura 2 Reconversión de nomenclatura y funcionalidad de los servicios de salud. 12



Lista de Gráficos

Gráfico 1 Distribución de establecimientos por niveles de atención.....	20
Gráfico 2 Total de establecimientos según departamento y niveles de atención. Año 2022...	21
Gráfico 3 Cobertura promedio a habitantes según establecimientos disponibles. Año 2022..	23
Gráfico 4 Cobertura promedio por departamento y nivel de establecimiento. Año 2022.....	24
Gráfico 5 Disponibilidad de Camas para Terapia Intensiva. Año 2022	27
Gráfico 6 Vínculos médicos por exceso y defecto por cada 1000 habitantes. Año 2022	31
Gráfico 7 Participación anual de entidades en el monto de inversiones para infraestructura de salud	35
Gráfico 8 Demanda de consultas según área de residencia de la población. Año 2022.....	40
Gráfico 9 Distribución de consultas según ubicación del establecimiento de salud. Año 2022	41
Gráfico 10 Registro de consultas según nivel de atención. Año 2022.	42
Gráfico 11 Consultas según el origen/destino del paciente y el nivel de atención. Año 2022. .	43
Gráfico 12 Comparativo de consultas fuera del área de residencia del paciente. Años 2018 y 2022.	44
Gráfico 13 Origen y destino de consultas de pacientes. Año 2022	46
Gráfico 14 Origen y destino de consultas de pacientes dentro del Nivel IV. Año 2022	47
Gráfico 15 Principales motivos de consulta salientes en busca de atención de Nivel IV, según frecuencia de registros. Año 2022	49
Gráfico 16 Registro de las consultas salientes del Nivel IV, según rango de edad. Año 2022..	51
Gráfico 17 Registro de consultas en el Hospital Nacional de Itauguá, en atención de Nivel IV	53
Gráfico 18 Registro de consultas en el Instituto de Medicina Tropical, en atención de Nivel IV	54
Gráfico 19 Distribución de establecimientos con servicio de internación, según nivel de atención.....	56



Gráfico 20 Número de establecimientos con servicio de internación, según nivel de atención	57
Gráfico 21 Registro de Internaciones. Año 2018 y 2022	58
Gráfico 22 Internaciones registradas según origen y destino del paciente. Año 2022	58
Gráfico 23 Intervalo de días de internación. Año 2022	60
Gráfico 24 Internaciones fuera del área de residencia del paciente, según sexo. Año 2022 ...	60



Lista de Anexos

Anexo 1 Detalle de actividades realizadas por Gobiernos Departamentales para inversión en Salud.....	68
Anexo 2 Número de consultas registradas fuera del área de residencia del paciente, según origen y destino. Año 2022	69
Anexo 3 Número de consultas de nivel IV, registradas fuera del área de residencia del paciente, según origen y destino. Año 2022	70
Anexo 4 Número de Camas disponibles por servicio de internación, según Regiones Sanitarias. Año 2022.....	71
Anexo 5 Número de internaciones registradas fuera del área de residencia del paciente, según origen y destino. Año 2022	72



Acrónimos

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAES	Centro Ambulatorio de Especialidades de Diagnóstico
CE	Centro Especializado
CMI	Centro Materno Infantil
COVID-19	Coronavirus - 2019
CPN	Control Pre Natal
CS	Centro de Salud
DEGP	Departamento de Evaluación del Gasto Público
DGP	Dirección General de Presupuesto
DIGIES	Dirección General de Información Estratégica en Salud
DISP	Dispensario
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ESF	Equipo de Salud de la Familia
HD	Hospital Distrital
HE	Hospital Especializado
HG	Hospital General
HMI	Hospital Materno Infantil
HR	Hospital Regional
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPS	Instituto de Previsión Social
MOPC	Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible



PGN	Presupuesto General de la Nación
PNS	Política Nacional de Salud
PS	Puesto de Salud
RIISS	Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
SMH	Sistema de Movimiento Hospitalario
SNIP	Sistema Nacional de Inversión Pública
SNS	Sistema Nacional de Salud
USF	Unidad de Salud Familiar
UTI	Unidad de Terapia Intensiva



Introducción

Para lograr un acceso más equitativo a los servicios especializados de salud pública, el papel de la infraestructura se erige como un pilar fundamental. En el contexto específico de Paraguay, este informe se adentra en la evaluación de la incidencia de la inversión en infraestructura como medio para descentralizar los servicios especializados de salud, los cuales parecen estar concentrados en Asunción y el departamento Central. El objetivo es avanzar hacia una cobertura más eficiente e integral para la población ubicada a lo largo del territorio nacional.

En un país, donde el acceso a servicios especializados de salud aún presenta desafíos significativos, la descentralización emerge como una estrategia vital para promover la equidad y acercar la atención especializada a las comunidades más marginadas. Esto podría generar beneficios importantes, como una mejora en la calidad de vida y la reducción de los costos de atención médica para los ciudadanos, además de optimizar los recursos presupuestarios en el ámbito de la salud pública.

Por tanto, este informe no solo busca cuantificar la inversión contemplada en el Presupuesto General de la Nación para la infraestructura sanitaria, sino también discernir su efectividad en la descentralización de los servicios de salud a cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Se basará en datos actualizados, que muestren la demanda localizada de atención médica especializada destinada a la infraestructura de salud, para la población más alejada de las áreas de concentración de establecimientos de salud de alta complejidad disponibles en el país.

Concretamente, la evaluación se centra en examinar la relación que existe entre la inversión en infraestructura destinada a la salud en el periodo 2018-2022, y los registros sobre disponibilidad, demanda de pacientes y cobertura de consultas e internaciones de los establecimientos dependientes del MSPBS. Además, se considera el aspecto territorial o de localización de los centros asistenciales como factor clave, con el objetivo de determinar si la cobertura es eficiente e integral en cuanto a los niveles de atención que ofrecen.

A través de este análisis detallado, se pretende ofrecer una visión integral de la importancia y la incidencia que podría atribuirse a las inversiones en infraestructura, como medio para

descentralizar y mejorar la atención en salud pública especializada, a pesar de los desafíos presupuestarios planteados.

El estudio consta de cinco partes. La primera, revisa el contexto general nacional que sostiene a la salud como pilar fundamental, así como una descripción de la forma en que está organizado el sistema y sector, con miras a una cobertura integral a la población. A partir de la segunda parte, se adentra al desarrollo analítico, comenzando con el detalle de la infraestructura disponible para prestación de servicios dependientes del MSPBS y su clasificación. Luego, la tercera parte, introduce el aspecto presupuestario, analizando el comportamiento de las inversiones destinadas a la mejora y ampliación de establecimientos de salud en el periodo de estudio. En la cuarta parte, se profundiza sobre la cobertura efectiva de atención de dichos establecimientos, según la capacidad existente por cada nivel y las inversiones realizadas en los últimos 5 años, buscando establecer la relación entre ambas para determinar la incidencia de las inversiones en alcanzar una cobertura eficiente e integral de los servicios, principalmente de carácter especializado a nivel territorial. Finalmente, en la quinta parte, se presentan las principales conclusiones y recomendaciones emanadas de la evaluación.

1. Marco contextual de la Salud Pública en Paraguay

La Salud se establece como uno de los pilares fundamentales de la sociedad, ya que de ella depende el bienestar de la población, y se considera un derecho básico.

En el Paraguay, este derecho está respaldado por la Constitución Nacional, la cual, en su artículo 68, reconoce el acceso a la atención de salud para toda la población, y en su artículo 69, establece la obligatoriedad de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que provea servicios sin discriminación, basados en principios de equidad, calidad, eficiencia y participación social (Constitución Nacional de la República del Paraguay, 1992).

En concordancia con lo anterior, se promulga la Ley N° 1032/1992, que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), encargado de implementar una Política Nacional que garantice el derecho a la salud para toda la población (Congreso de la Nación Paraguaya, 1992). Además, se encomienda al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) la rectoría en materia de salud a nivel nacional, incluyendo la elaboración y seguimiento de las políticas sectoriales.

Actualmente, el país se rige por la Política Nacional de Salud (PNS) para el periodo 2015-2030, cuyo objetivo es “Avanzar hacia el acceso universal a la salud y lograr la cobertura universal de salud al mayor nivel posible para reducir las inequidades en salud y mejorar la calidad de vida de la población en el marco de un desarrollo humano sostenible”. Esta política se estructura en siete estrategias, cada una de las cuales poseen líneas de acción a ser llevadas a cabo en el plazo referenciado, entre las cuales, a efectos del presente estudio, se enfatiza aquella relacionada a la Estrategia 4: “Mejorar la eficiencia del sistema de salud, mediante el aumento, la optimización del uso y la debida preservación de los recursos” (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2016).

En coincidencia al periodo de aplicación de la PNS, cabe resaltar que Paraguay se encuentra comprometido para el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, la cual incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), siendo el objetivo 3, el referente a la Salud y el Bienestar de la Población. En ese sentido, la meta 3.8 de la Agenda 2030 busca “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra

los riesgos financieros, el acceso a los servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

Asimismo, la literatura respalda la importancia de la provisión eficiente de infraestructura para el desarrollo de un país. La expansión y modernización de infraestructura básica son cruciales para lograr niveles máximos de cobertura del territorio nacional y satisfacer con eficacia las necesidades de servicios de infraestructura (Rozas & Sánchez, 2004).

En línea con esto, el país debe ser capaz al menos de garantizar la provisión de servicios básicos a la población local, entre los cuales destaca el acceso a la salud, siendo una condición básica contar con infraestructura adecuada para prestar dicho servicio, cuando se trata de alcanzar el acceso universal, y que, por lo tanto, debiera formar parte de las estrategias que promuevan el desarrollo de un país.

En ese sentido, dentro del marco contextual de la política, se había identificado retos para optimizar la capacidad de respuesta de los servicios sanitarios en el país, y que requieren: avanzar hacia el desarrollo e implementación de una red integrada e integral de servicios de salud, reducir sosteniblemente los gastos de bolsillo y otros desembolsos directos de los usuarios, y **garantizar beneficios similares para todos los grupos de población**.

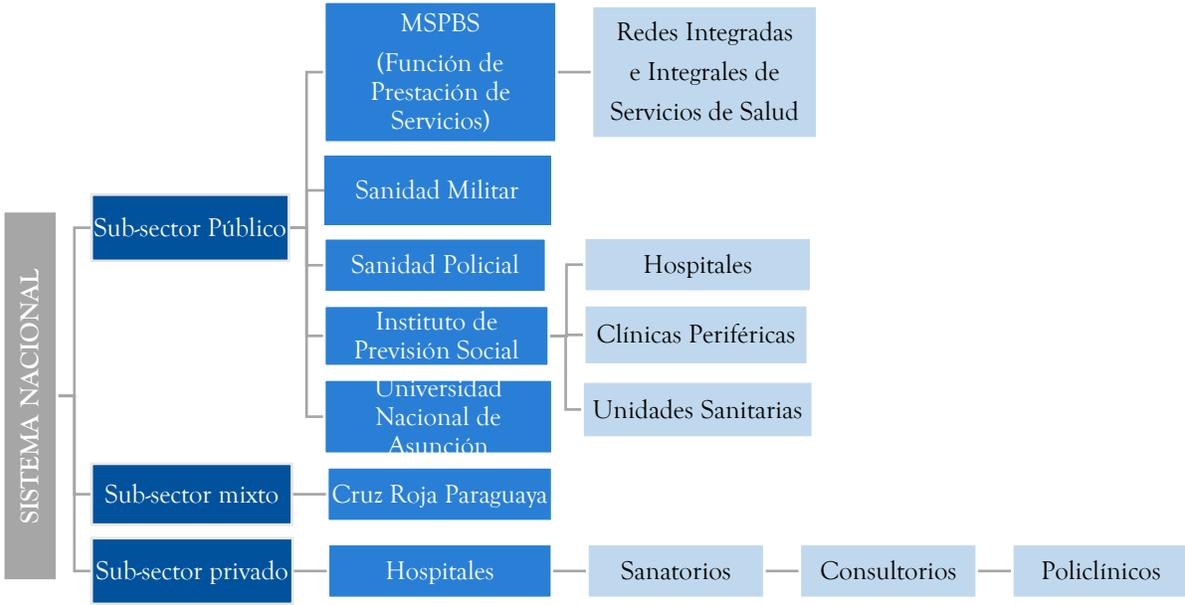
Todo esto, posee una relación estrecha con la capacidad de atención existente, que conlleva: infraestructura, equipamiento, recursos humanos y otros aspectos, por lo que podría decirse que la planificación de cierta forma está alineada con las necesidades del país en términos descriptivos. Ahora bien, es importante verificar que la cuantificación de las mismas sea igualmente representativa para la población según su localización, para llegar a una **cobertura eficiente e integral de los servicios de salud tanto a nivel central como descentralizado**, considerando que, en su mayor parte, son calculados con base a indicadores de referencia poblacional, tales como: unidades de salud familiar para comunidades de hasta 5.000 habitantes.

En Paraguay, el sistema de salud es mixto, compuesto por los sub-sectores público, de seguridad social y privado (Gaete, 2017). Esta fragmentación¹ entre los sub-sectores genera

¹ Coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial, que no se ajustan a las necesidades de las personas.

disparidades en los servicios y atenciones brindadas a la población, dependiendo de su situación económica y de vida (Gómez&Escobar, 2021).

Figura 1 Organización de los Servicios de Salud en el marco de la RIISS Paraguay. Año 2019



Fuente: Manual RIISS elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Tomando como punto de análisis solamente a los servicios del sub-sector público a cargo del MSPBS, se encuentra que de todos los sectores del sistema nacional, éste estaría cubriendo el mayor porcentaje de la población, junto al hospital de clínicas, dependiente de la Universidad Nacional de Asunción, ya que al cierre del año 2022, el 72,7% de la población no contaba con seguro médico, mientras que el porcentaje de la población total con tenencia de seguro médico (Instituto de Previsión Social y de otros tipos, como ser: seguro individual, laboral, familiar, militar, policial y otro), correspondía al 27,3%, (INE, 2022), destacando la marcada diferencia a favor de la población ubicada en la zona urbana.

Tabla 1 Distribución de la población según tenencia de seguro médico. Periodo 2018-2022.

Tenencia de Seguro Médico	Año				
	2018	2019	2020	2021	2022
Población sin seguro médico	73,1%	71,9%	74,5%	74,1%	72,7%
Zona Urbana	40,5%	39,7%	42,4%	42,4%	41,3%
Zona Rural	32,6%	32,2%	32,1%	31,7%	31,4%
Población con seguro médico	26,9%	28,1%	25,5%	25,9%	27,3%
Zona Urbana	21,5%	22,7%	20,4%	20,8%	22,2%
Zona Rural	5,4%	5,4%	5,1%	5,1%	5,1%
Total Población país	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: INE/Encuesta Permanente de Hogares Continua 2018-2022.

Por otro lado, si bien contar con algún tipo de seguro, brinda una mejor condición para la población que lo posee frente a los que no lo tienen, no es posible asegurar con propiedad que las mismas no formarían parte de la cobertura poblacional del MSPBS, al igual que las personas que optan por acudir al sector privado o mixto, pues existen varios servicios que son provistos de forma universal y en caso de que una persona asegurada asista a centros de salud pública, es igualmente atendida.

Esta situación, se verifica en los últimos 5 años y de forma más acentuada en el año 2022 respecto al 2021, según las estadísticas disponibles, donde pese a contar con seguro médico el 3,4% de esta población igualmente acude a consulta/atención médica al menos en una ocasión en algún establecimiento de salud pública; con lo cual, el porcentaje de la población total bajo cobertura de salud pública ascendería a 76,1%, aunque con un mayor énfasis en la población más vulnerable o pobre, identificada mayormente en zona rural del país.

Tabla 2 Población con seguro médico que acude al establecimiento de salud pública. Periodo 2018-2022.

Establecimiento de Salud Pública	Año				
	2018	2019	2020	2021	2022
Hospital de clínicas/materno	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%
Hospital del MSPyBS	2,6%	3,1%	2,0%	2,1%	1,9%
Centro de salud	2,2%	2,0%	0,6%	0,6%	0,8%
Puesto de salud	0,5%	0,7%	0,2%	0,2%	0,3%
Unidad de salud familiar	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%
Total	5,8%	6,3%	3,2%	3,2%	3,4%

Fuente: INE/Encuesta Permanente de Hogares Continua 2018-2022.

desde la salud pública, dado que en estas zonas se encuentra mayormente concentrada la oferta de servicios especializados, en correspondencia con la distribución de médicos dependientes del MSPBS, según se cita en (Dirección General de Presupuesto, 2022), y que también muestra un exceso de oferta en el departamento Central y Capital:

“Para el año 2021, existe una marcada concentración de vínculos médicos en el departamento Central (4844) y la Capital (3597), mientras las demás áreas no alcanzan valores de 1.000, habiendo un exceso de oferta en las áreas de concentración; evidenciando una disparidad en la oferta de servicios médicos en todo el territorio nacional, que se acentúa al tomar como referencia la población según su residencia y que obligan a las personas a trasladarse sobre todo a la capital del país para ser atendidas”

Teniendo en cuenta las necesidades imperantes del sistema de salud, y que gran parte de ellas guardan relación con las limitantes en términos de infraestructura para incrementar la capacidad de atención integral, y que a su vez la misma se encuentre acorde a la densidad poblacional, o al menos la presencia de centros integrales en un punto equidistante para comunidades de difícil acceso, es que se plantea analizar a profundidad la **incidencia que tiene la inversión en infraestructura de salud para la cobertura eficiente e integral de los servicios especializados**, lo cual de cierta forma da continuidad a los hallazgos detectados en informes previos relacionados a brechas de atención sanitaria, donde se señala:

“Es fundamental verificar el origen de la brecha, señalándose como una de sus causas más probables el acceso a infraestructura/equipamiento para la provisión oportuna de los servicios, con todos los requerimientos que implica: insumos básicos, consultorios, ambulancias, quirófanos, etc. sumado a profesionales con incentivo para ejercer la medicina en zonas estratégicas en términos de distancia, evitando el traslado hasta la capital de los pacientes tanto ambulatorios como de urgencia, que generaría bienestar y cobertura de necesidades en tiempo y forma oportuna” (Dirección General de Presupuesto, 2022).

La necesidad de aumentar la inversión en salud y hacer más eficiente el gasto, se hizo más evidente en los últimos años con la declaración de emergencia sanitaria por coronavirus o COVID-19, y actualmente existen varias posturas del nivel al cual debería dirigirse la inversión para el fortalecimiento del sector, aunque todas coinciden en la descentralización como factor clave, entre ellas la de (Gómez&Escobar, 2021) al analizar las necesidades del sector.

Si bien la inversión en infraestructura impulsada entre los años 2020 y 2021, para enfrentar las debilidades estructurales del sistema de salud durante la crisis sanitaria, se ha enfocado en las necesidades emergentes de atención y cobertura sanitaria de casos respiratorios, posteriormente han sido adaptados para otros usos en el sector salud, y ha dejado precedentes acerca de la importancia de realizar inversiones de capital con miras a alcanzar un sistema de salud eficiente e integral como pilar fundamental para la sociedad. Esto, implica contemplar una visión sostenible de largo plazo y necesariamente la descentralización real y oportuna de la totalidad de los servicios sanitarios para prevenir y/o enfrentar los diversos problemas de salud de la población, que siguen limitados en términos de alcance de la provisión.

Ello se enmarca en el acceso igualitario a los servicios de salud, que se distorsiona por el factor “ubicación geográfica”, al no contar con hospitales de gran envergadura o centros de salud equipados para brindar una atención oportuna a nivel especializado en un punto equidistante clave, que otorgue mejores condiciones a la población para atender su salud bajo cualquier circunstancia y que depende directamente de una operación eficiente del sistema.

Esta situación pone de manifiesto la necesidad de analizar en profundidad la inversión en infraestructura de salud y su incidencia en la cobertura eficiente e integral de los servicios especializados. Por lo tanto, esta evaluación tiene como objetivos:

Objetivo General

Analizar la incidencia de la inversión en infraestructura destinada a salud, como factor determinante para la descentralización y cobertura eficiente e integral, de los servicios especializados y de alta complejidad, en Paraguay.

✓ Objetivos Específicos

- Describir la situación de inversión en infraestructura destinada a la salud, considerando la cobertura del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y los establecimientos dependientes del mismo.
- Analizar la estructura de descentralización de servicios de salud, atendiendo a su clasificación por niveles de atención.
- Identificar las principales inversiones en infraestructura de salud, realizadas en el periodo de estudio.

- Analizar la incidencia de la inversión en infraestructura de salud en la descentralización y cobertura de servicios, especialmente en los categorizados como especializados y de alta complejidad.

2. Infraestructura como pilar para la prestación de servicios de salud

2.1 Descripción de la organización e infraestructura disponible

El segundo capítulo aborda la importancia fundamental de la infraestructura en la prestación de servicios de salud en Paraguay. Se destaca que los servicios de salud pública, bajo el ala del MSPBS, son proporcionados a través de una red de establecimientos distribuidos en distintos puntos del país. Estos establecimientos se diferencian en sus capacidades de atención y alcance, determinadas en gran medida por los recursos humanos y materiales disponibles, los cuales están estrechamente relacionados con la infraestructura.

En este contexto, la infraestructura para la prestación de servicios de salud abarca una variedad de tipos de establecimientos, clasificados según la guía del ente rector³. Desde hospitales especializados hasta dispensarios, cada uno cumple un rol específico en la atención de la salud de la población.

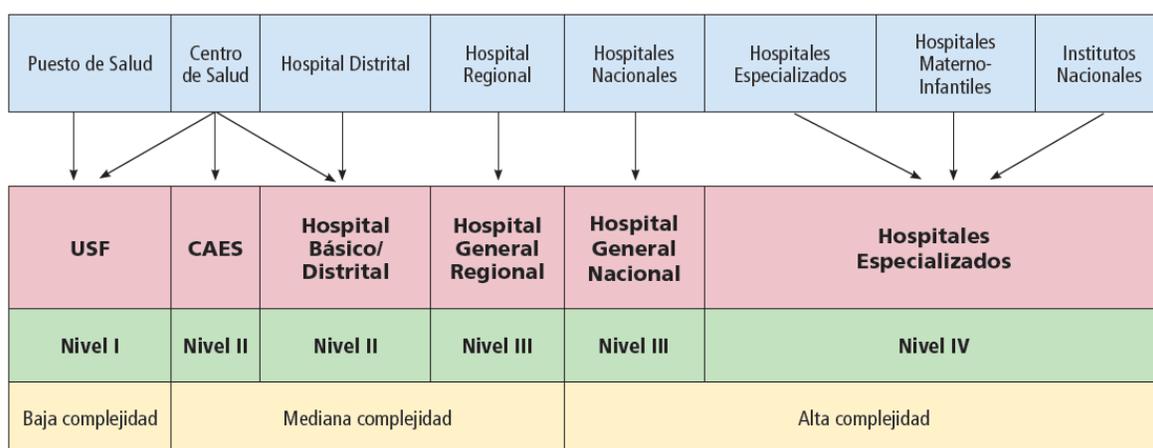
- a) Hospital Especializado (HE)
- b) Hospital Materno Infantil (HMI)
- c) Hospital General (HG)
- d) Hospital Regional (HR)
- e) Hospital Distrital (HD)
- f) Centro Especializado (CE)
- g) Centro de Salud (CS)
- h) Puesto de Salud (PS)
- i) Unidad de Salud Familiar (USF)
- j) Dispensario (DISP.)

³ Balance Anual de Gestión Pública, año 2022.

Actualmente, se implementa en forma gradual una reorganización de estos establecimientos que integran las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), con el objetivo de mejorar su capacidad resolutive. Esta reorganización se basa en una clasificación según el nivel de atención y complejidad, definida en un manual específico⁴.

El **nivel de atención**, se define como la forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, mientras que la **complejidad** se refiere al número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella. Bajo esta organización, cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento y; el grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2019).

Figura 2 Reconversión de nomenclatura y funcionalidad de los servicios de salud.



Fuente: Manual de Organización de los Servicios de Salud en el marco de las RIISS Paraguay. Año 2019⁵

Bajo este esquema, el perfil de los establecimientos de salud que integran el RIISS es caracterizado para el incremento de las capacidades resolutivas, y se resume de la siguiente manera:

⁴ Manual de Organización de los servicios de salud en el marco de la RIISS Paraguay. Año 2019.

⁵ CAES: Centro Ambulatorio de Especialidades y Diagnóstico; USF: Unidad de Salud Familiar.

- **Unidad de Salud de la Familia:** también denominada *unidad efectora local*, que es operacionalizada por un equipo de salud de la familia responsable de territorios de 3.000 a 5.000 habitantes para prestar cartera de servicios lo más cerca posible del lugar donde viven y trabajan las personas. Cuenta con infraestructura, equipos y recursos humanos (RRHH) adecuado para atención ambulatoria de enfermedades prevalentes de bajo riesgo y urgencias.

Es importante resaltar que las USF se diferencian en 4 tipos⁶, a saber:

- a) *Estándar:* trabajan un médico, una licenciada, auxiliar o técnico en enfermería u obstetricia y agentes comunitarios, y en algunos casos un personal de odontología que se ocupan de un territorio social determinado con unas 3.500 a 5.000 personas.
- b) *Satélite:* son aquellas donde se llega con una atención de manera planificada con la USF Estándar, Móvil o Ampliada, que cuenta con un encargado que suele ser un licenciado en enfermería u obstetricia o auxiliar o técnico, además de un agente comunitario o promotor de salud.
- c) *Móvil:* no tiene ubicación fija y tiene bajo su responsabilidad comunidades de difícil acceso que efectúan atenciones calendarizadas y deben contar con un vehículo para su implementación.
- d) *Ampliada:* además de los servicios ofertados por la Estándar, brinda servicios adicionales que pueden darse en horario diferenciado o dentro del horario de las USF de 07 a 15 horas. Está compuesta por un médico, licenciada, auxiliar o técnico y agente comunitario y, en algunos casos un personal de odontología haciendo énfasis en el personal de obstetricia y otros profesionales según necesidad de la comunidad.

Además de las anteriores, el manual contempla una diferenciación a nivel de correspondencia operativa para el tipo de USF que trabaja a nivel comunitario **indígena**, las cuales más bien

⁶ Información disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/portal/18842/en-paraguay-contamos-con-cuatro-tipos-de-unidades-de-salud-de-la-familia-iexclconocelos.html>

tienen en cuenta los aspectos culturales para la llegada a la población, pero aborda los mismos servicios de las demás expuestas anteriormente.

- **Hospital Distrital/Básico:** Ofrecen servicios de atención ambulatoria, urgencias, internación, rehabilitación, estudios diagnósticos, cobertura de componentes sanguíneos en especialidades básicas: pediatría, ginecoobstetricia, clínica médica y cirugía.

Para ello, posee dotación de infraestructura, equipos y RRHH para atención en especialidades básicas y atención a embarazadas de bajo y mediano riesgo, cirugías de mediano riesgo según curso de vida de las personas.

- **Centro Ambulatorio de Especialidades y Diagnóstico (CAES):** establecimientos que tienen por objetivo brindar servicios ambulatorios de especialidades médicas y medios auxiliares de diagnóstico básicos, con disponibilidad de internación en observación de casos específicos (Hospital día). La capacidad instalada se compone de infraestructura, recursos humanos, equipamiento y tecnología adecuada a la demanda territorial.
- **Hospital General:** Atención de población regional procedente de área de influencia y servicios articulados en red, garantizando la continuidad del cuidado. Ofrece servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, disponibilidad de subespecialidades médico-quirúrgicas, urgencias, emergencias. Asimismo, realiza acciones de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Hospital Especializado:** Establecimientos de salud con ámbito de cobertura nacional que ofrecen servicios enfocados a especialidades concretas, los mismos se encuentran ubicados mayormente en el Departamento Central y la Capital. La cartera de servicios incluye la atención ambulatoria, hospitalaria, apoyo diagnóstico e interconsulta con especialidades no básicas.

Asimismo, según la nueva clasificación disponible, los establecimientos estarían limitados según su correspondencia operativa a cierta área de cobertura, apuntando a una red de atención integrada y de cierta forma escalar, dado los niveles y complejidad definidos.

La tabla proporcionada muestra la clasificación de los establecimientos según su nivel de atención y complejidad, así como su correspondencia operativa y área de cobertura, lo que proporciona una visión clara de la organización del sistema de salud en Paraguay.

Tabla 3 Clasificación de establecimientos según niveles de atención y complejidad.

Instancias	Complejidad	Nivel de atención	Correspondencia Operativa	Área de Cobertura
Atención Individual, Familiar y Comunitaria	Baja Complejidad	Primer Nivel	USF Estándar (USF-E) USF Satélite (USF-S) USF Móvil (USF-M) USF Comunitaria Indígena	Territorios Sociales
	Baja Complejidad	Primer Nivel	USF Ampliada (USF-A)	
Atención Hospitalaria	Mediana Complejidad	Segundo Nivel	Centro Ambulatorio de Especialidades de Diagnóstico (CAES)	Distrital
		Segundo Nivel	Hospital Básico/Distrital	Distrital e Interdistrital
	Alta complejidad	Tercer Nivel	Hospitales Generales	Regional
	Alta complejidad	Tercer y Cuarto Nivel	Hospitales Especializados Institutos Otros (Hospital Central del IPS)	Departamental o Nacional

Fuente: Manual de Organización de los Servicios de Salud en el marco de las RIISS Paraguay. Año 2019

El **primer nivel** es el más cercano a la población, al representar el primer contacto con el paciente y la puerta de entrada al sistema, donde intervienen los aún existentes puestos de salud y principalmente las USF's, conformando una microred local de atención de menor complejidad con equipamiento más bien elemental, pero que considera recursos e instrumentos básicos para una atención primaria y procedimientos de emergencia como

suturas, trabajos de parto, etc. y la estabilización de pacientes para traslados, pues desde ellos se refieren los casos más complicados a otros centros de mayor nivel.

Mediante una cartera de servicios y capacidad instalada definida para la atención el primer nivel de atención, las mismas dan inicio a un proceso continuo de asistencia sanitaria, abarcando actividades de promoción, prevención, curación, cuidados paliativos y rehabilitación. También, ofrecen servicios de vigilancia de la salud a lo largo del curso de vida, en sus diferentes ámbitos (domicilio, escuela, trabajo) y en cualquier circunstancia buscando satisfacer de manera coordinada, integral y continua las necesidades de salud en el territorio social asignado, considerando especificidades para comunidades rurales y pueblos indígenas.⁷

En el **segundo nivel** de atención se prestan los servicios clasificados como de mediana complejidad a través de centros de salud aún identificados como tal, Centro Ambulatorio de Especialidades de Diagnóstico (CAES) y hospitales distritales. En ese sentido, su capacidad permite centrar la atención en algunas especialidades más concurridas como: clínica médica, pediatría, gineco-obstetricia, traumatología y otros similares, para la resolución de problemas más específicos de salud que no se pueden manejar en el primer nivel, y se resalta además la disponibilidad de servicios de diagnóstico laboratoriales, de imágenes y en algunos casos de cirugía general (no todos los casos).

Bajo un esquema ascendente de capacidad de atención que incluye mayor infraestructura y equipamiento para una atención cada vez más integral y resolutive, los establecimientos de salud contemplados en los siguientes niveles (III y IV) son señalados como de alta complejidad.

Si bien ambos ofrecen una gama de servicios especializados, incluidas las cirugías y tratamientos más complejos, se diferencian en ciertos aspectos como su alcance territorial, las acciones bajo su responsabilidad y los recursos de alta tecnología que permiten considerarlo como centros de referencia ante enfermedades poco prevalentes.

Es así como, el **tercer nivel** abarca aquellos hospitales generales de alcance regional o departamental, los cuales además de actuar para la planificación, coordinación y articulación de programas de salud en territorio, ofrecen una variedad de servicios desde lo preventivo

⁷ Manual RIISS, Paraguay 2019. Pág. 47, Microred Local/Actividades.

(como las inmunizaciones y la atención bucal u odontológica) hasta aquellos más especializados que requieren diagnóstico y/o intervención, ya sea en forma inmediata a través de urgencias, o programadas, que buscan dar solución a necesidades, problemas de salud, eventos de traumas, etc. También se destaca su papel en la coordinación del cuidado y la referencia de pacientes al nivel superior de atención, cuando sea necesario.

En ese sentido, el **cuarto nivel** se caracteriza por ser el de mayor capacidad instalada, alcance y complejidad de la atención, que si bien contemplan igualmente todo tipo de servicios, enfatiza sobre la cobertura más exclusiva de pacientes materno-infantiles y aquellas con problemas o enfermedades poco prevalentes, para la atención y tratamiento de patologías complejas, entre los cuales se citan: enfermedades respiratorias, oncológicas, renales y cardíacas; además de reanimación y la atención de quemaduras, politraumatismos, entre otros, que requieren procedimiento especializado, integral y de alta tecnología (trasplantes de órganos, cirugías reconstructivas, extracción de tumores, quimioterapia, terapia intensiva en unidades especializadas, etc.).

Sumado a lo anterior, se destaca el papel que desempeñan los establecimientos de este nivel en la investigación y el desarrollo de nuevas terapias o tratamientos, que son de gran relevancia para el país y permiten brindar mayores alternativas a la población.

2.2 Identificación geográfica de los establecimientos de salud

La red de servicios públicos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, comprende más de 1.487 establecimientos hasta el año 2022 (MSPBS, Balance Anual de Gestión Pública, 2022). Asimismo, incluye una variedad de instalaciones destinadas a brindar atención médica y servicios de salud a la población.

Entre estos establecimientos se cuenta con 902 unidades de salud de la familia (USF), que han sido habilitadas en todo el territorio nacional, 20 dispensarios (DISP.) y 377 puestos de salud (PS) que forman parte del primer nivel de atención. Además, se encuentran 87 centros de salud (CS), 17 centros especializados (CE) y 41 hospitales distritales (HD) los cuales están diseñados para ofrecer una cobertura más amplia y de mediana complejidad en el segundo

nivel de atención. Por otro lado, se disponen de 17 hospitales regionales (HR) ubicados en el tercer nivel de atención, que abarcan servicios de mayor complejidad, pero en territorio.

Para las atenciones que son de alta complejidad y a su vez de alta tecnología, que se corresponden con el cuarto nivel de atención, se cuentan con 7 hospitales maternos infantiles (HMI) y 19 hospitales especializados (HE). Es importante destacar que estos hospitales especializados están agrupados según clasificación del RISS.

Sin embargo, es relevante mencionar que, durante la implementación gradual de la reconversión de la terminología de los establecimientos, se ha observado cierta discrepancia con respecto a la denominación utilizada en el manual de organización y la reconversión en curso. Por ejemplo, existen establecimientos identificados como Centros Especializados (CE) que incluyen instalaciones que no necesariamente se centran en la aplicación de alta tecnología, sino que pueden tratar enfermedades específicas como la lepra, la salud bucal, o la insuficiencia renal. Por esta razón, se han registrado bajo la clasificación de Centro Ambulatorio de Especialidades y Diagnóstico (CAES), para la cuantificación de este estudio, y por ende, se consideran parte del segundo nivel de atención con mediana complejidad.

Tabla 4 Distribución de establecimientos del MSPBS según departamento y tipo. Año

2022

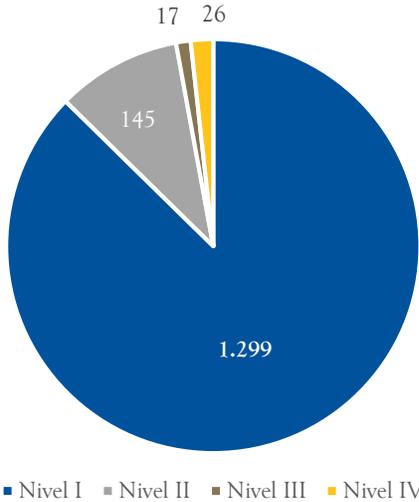
Departamento	Baja complejidad			Mediana complejidad				Alta complejidad	
	Nivel I			Nivel II			Nivel III	Nivel IV	
	USF	PS	DISP.	CS	CE ¹	HD	HR	HMI	HE ²
Asunción	33	10	-	10	7	-	-	3	11
Concepción	51	14	9	4	-	1	1	1	-
San Pedro	71	57	-	3	-	2	1	-	1
Cordillera	44	12	-	10	-	3	1	-	1
Guairá	56	20	-	8	2	1	1	-	-
Caaguazú	58	27	1	5	-	4	1	-	-
Caazapá	49	10	-	7	-	2	1	-	-
Itapúa	71	38	-	7	-	5	1	1	2
Misiones	36	1	-	1	-	2	1	-	-
Paraguarí	47	27	-	9	1	4	1	-	-
Alto Paraná	102	26	1	7	1	4	1	-	-
Central	146	18	-	7	6	8	1	1	4
Ñeembucú	25	47	-	-	-	1	1	-	-
Amambay	22	1	-	-	-	2	1	-	-
Canindeyú	49	32	2	2	-	1	1	-	-
Presidente Hayes	19	18	-	3	-	1	1	-	-
Boquerón	15	10	3	1	-	-	1	1	-
Alto Paraguay	8	9	4	3	-	-	1	-	-
Total a nivel país	902	377	20	87	17	41	17	7	19

Fuente: Balance Anual de Gestión Pública del Año 2022. MSPBS/DIGIES/DES. Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH) y Dirección General de APS para datos de USF.

La distribución geográfica de los establecimientos de salud varía considerablemente según su tipo y, especialmente, en función de los niveles de atención en los que se agrupan. Resulta evidente que se prioriza una cobertura nacional del primer nivel de atención, caracterizado por su baja complejidad. Estos establecimientos, que ascienden a 1.299 y representan el 93%

del total de establecimientos disponibles, están diseñados para atender a la mayor cantidad posible de personas en todo el país.

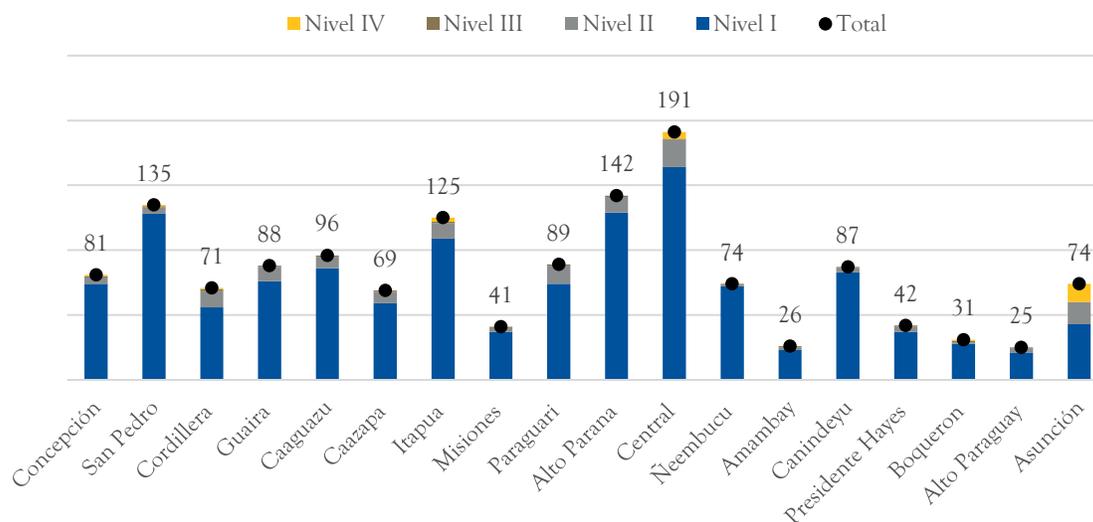
Gráfico 1 Distribución de establecimientos por niveles de atención



Fuente: Elaboración propia con datos del MSPBS, Balance Anual de Gestión Pública 2022.

Este enfoque responde a la necesidad de proporcionar un acceso básico y generalizado a la atención médica y los servicios de salud en comunidades de todos los rincones del país. Al priorizar la distribución de establecimientos de baja complejidad en áreas geográficas diversas, se busca garantizar que la población tenga acceso a servicios esenciales de atención primaria y prevención de enfermedades (Nivel I), independientemente de su ubicación, como puede observarse en el siguiente gráfico:

Gráfico 2 Total de establecimientos según departamento y niveles de atención. Año 2022



Fuente: MSPBS, Balance Anual de Gestión Pública 2022. Manual RIIS 2019.

Esta estrategia de distribución geográfica refleja el compromiso del sistema de salud con la equidad y la inclusión, al tiempo que reconoce las diferencias en las necesidades de atención médica en diferentes regiones y comunidades. Asimismo, la presencia predominante de establecimientos de primer nivel de atención en todo el territorio nacional es fundamental para garantizar que todos los ciudadanos tengan la oportunidad de recibir atención médica básica cuando la necesiten, contribuyendo así a la mejora de la salud y el bienestar de la población en su conjunto.

En segundo lugar, en cuanto a cantidad (145), se ubican aquellos del **segundo nivel**, aunque con una notoria diferencia entre los tipos de establecimientos que lo componen, asociados a su cobertura territorial. Por ejemplo, en toda la región del Chaco, no existen centros especializados, y solo es posible encontrar un hospital distrital en el departamento de Presidente Hayes, no así en Alto Paraguay o Boquerón, siendo este último el más afectado al contar solo con un centro de salud de referencia para este nivel de atención.

Asimismo, pese a que en la región oriental se concentra la mayor cobertura para el nivel II, existen igualmente departamentos con déficit si se verifica por componente. Ñeembucú posee un solo hospital distrital, mientras que Amambay cuenta con solo dos. Además, existen

algunos casos aislados donde se cuenta con centros especializados que son subvencionados por el MSPBS mediante convenios interinstitucionales (por ejemplo, Guairá, a través del Policlínico San Miguel), que podrían considerarse como una respuesta paliativa a la necesidad de desconcentración en la zona.

Por su parte, debido a su propia categorización y función de cabeceras regionales, cada departamento del país cuenta con un hospital regional (o general regional según la nueva nomenclatura utilizada) para el **tercer nivel de atención**, cuya distribución se da en forma independiente a la cantidad de habitantes. Con esto, en teoría se cumpliría con la existencia de establecimientos de salud con mediana complejidad en todo el territorio, sin embargo, en la práctica, se observa que no existe una distribución equitativa respecto a la población.

Cuando se toma en cuenta los hospitales del **cuarto nivel** (materno-infantil y especializado), la carencia en la distribución se acentúa en varias zonas del país y en ambas regiones. Aunque la región occidental sigue siendo la más desfavorecida al no contar con hospitales especializados y tener solo un hospital materno infantil, se puede afirmar que al menos se ofrece la cobertura de un establecimiento de alta complejidad en esta región, aunque limitado a la especialidad que ofrece.

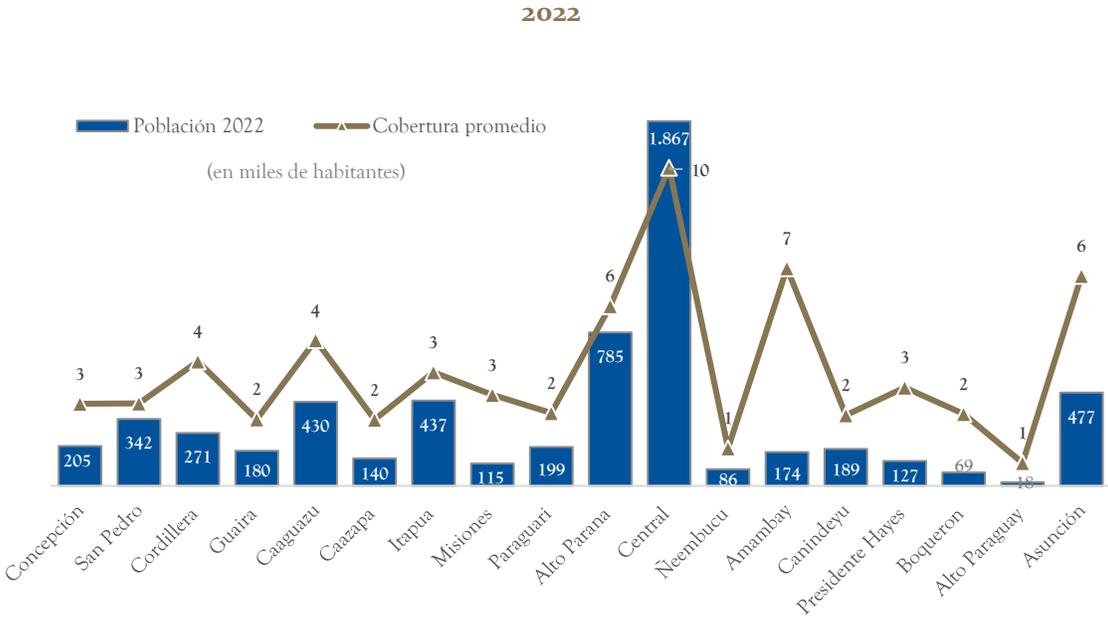
Para otras afecciones complejas, al igual que la población de otros departamentos de la región oriental, sólo es factible acudir a la capital o al departamento Central, donde se concentran los servicios de atención específica requeridos. El traslado de pacientes a estos lugares se traduce en un indicador clave a analizar, y podría estar asociado a una distribución inadecuada de la infraestructura de salud para la atención en este nivel (IV), lo cual de cierta forma ya ha sido identificado en el propio Plan Estratégico Institucional del MSPBS. En relación con la organización, se señala que la infraestructura edilicia es deficiente e insuficiente, y existe déficit de equipamientos de alta complejidad y de recursos humanos (MSPBS, 2019).

Por otra parte, los indicadores de salud en general para evaluar los avances en términos de cobertura no solo consideran la distribución territorial de los establecimientos, sino también el número de habitantes en la zona de influencia. En ese sentido, la meta establecida por el ente rector al finalizar el año 2022 era asegurar un mínimo del 65% de cobertura de la población en cada departamento (MSPBS, Balance Anual de Gestión Pública, 2022). Sin

embargo, el método utilizado por la institución para calcular el avance hacia la meta no se especifica en el documento.

Ahora bien, considerando la totalidad de establecimientos actualmente vigentes o activos según la distribución territorial y valores poblacionales, se tiene lo siguiente:

Gráfico 3 Cobertura promedio a habitantes según establecimientos disponibles. Año



Fuente: Elaboración propia con datos del MSPBS-Balance Anual de Gestión Pública 2022 e INE-Censo de Población 2022.

En términos globales, y sin discriminar el nivel de atención de los establecimientos, los valores revelan un promedio de cobertura poblacional por cada establecimiento de salud disponible que varía significativamente de un lugar a otro debido a la distribución de establecimientos mencionada anteriormente. Es importante destacar que, para los valores poblacionales del Departamento Central, este debería ofrecer cobertura a 10 mil personas en promedio por cada establecimiento, si se excluyen los demás servicios del sector público, privado o mixto, que también están disponibles en la zona.

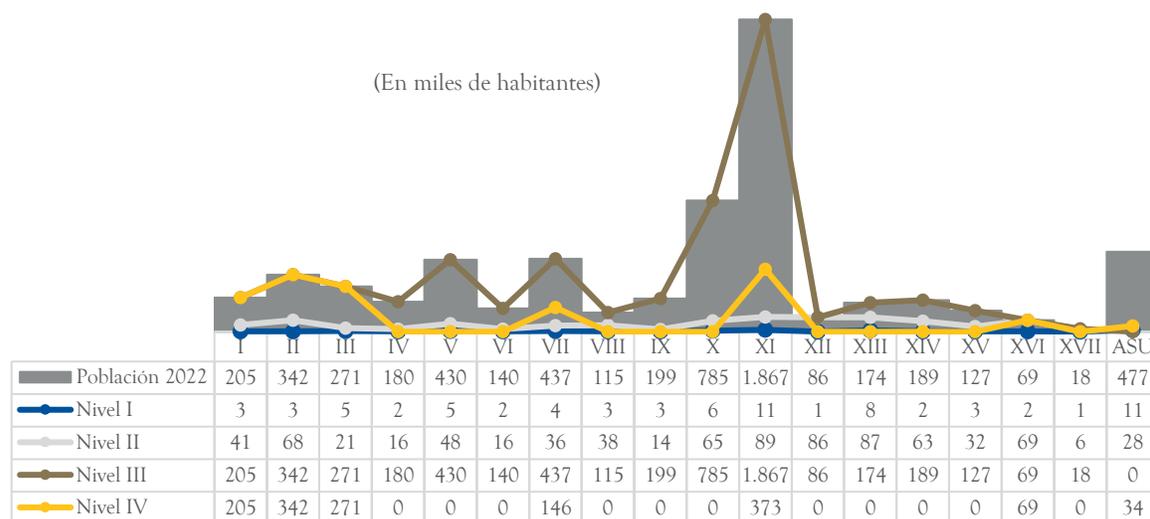
Ahora bien, si se considera estos mismos valores, pero atendiendo a las **capacidades de atención establecidas según la infraestructura y recursos de cada nivel de atención**, probablemente ocurra que los promedios de cobertura poblacional de los establecimientos se

incrementen en la misma medida en que se escale el nivel de atención y por ende complejidad, considerando la disponibilidad en cada área geográfica.

En la misma línea, cuanto menor sea la cantidad de establecimientos del nivel, la cobertura promedio por establecimiento se aproximará al valor poblacional total del área referenciada; mientras que, para el caso extremo de alta complejidad, que arroja vacíos para 11 de los 17 departamentos (según se muestra en la Tabla 4), sólo 6 de estos más Asunción-Capital, tendrían capacidad de cobertura y los demás directamente muestran un déficit para el nivel referenciado, como se puede observar en el siguiente gráfico:

Gráfico 4 Cobertura promedio por departamento y nivel de establecimiento. Año

2022



Fuente: Elaboración propia con datos del MSPBS-Balance Anual de Gestión Pública 2022 e INE-Censo de Población 2022.

Lo anterior muestra que la brecha entre departamentos aumenta sustancialmente al focalizar sobre la cobertura de los hospitales públicos que ofrecen servicios más especializados a la población, para los valores observados actualmente. Por otra parte, también se notan brechas entre los niveles III y IV en ciertos departamentos, puesto que el tercer nivel viene marcado por la existencia de un hospital regional por departamento, mientras que el siguiente nivel, para los casos existentes, suelen estar más desagregados acorde a la especialidad puntual que atiende: oncología, materno-infantil, etc.

En este contexto, destaca el caso de Asunción, la capital del país, que, aunque representa el tercer lugar en términos de población con el 8% de habitantes (477.346), cuenta con más hospitales de alta complejidad que cualquier otro departamento, incluso superando al departamento Central (5), el más poblado a nivel nacional, que constituye el 31% del total. Sin embargo, es importante señalar que es el departamento con mayor acceso a la capital, con ciudades que conforman su área metropolitana y que además funcionan como ciudades dormitorio de una gran parte de la población que se traslada diariamente a la capital por razones de trabajo. Por lo tanto, ambos, Asunción y su área metropolitana que incluye el departamento Central, podrían considerarse en cierta medida como una sola área geográfica en términos de las necesidades de descentralización territorial de servicios especializados.

Esta diferencia en la proporción de establecimientos de baja y alta complejidad disponibles en territorio, se explica en gran medida por la organización escalonada del sistema de salud y la articulación en redes hasta el nivel departamental, justificada en parte por una mayor incidencia de los servicios de atención primaria que se centra en servicios preventivos y de promoción de la salud, como la vacunación y charlas informativas, y que además es calculado para una baja densidad habitantes por área geográfica (1 para hasta 5000 habitantes) por lo que requiere una mayor presencia a nivel local.

Esto contrasta con los servicios especializados, que contempla establecimientos para una cobertura de mayor alcance, es decir, calculado para una mayor densidad de habitantes, y una menor prevalencia de las enfermedades o condiciones, por lo que su ubicación en las áreas específicas identificadas, obedecen en la práctica a zonas con alta densidad poblacional y recursos, pero no considera distancias similares para el acceso del resto de la población.

Además, el principal argumento que impide contar con centros de alta complejidad en la misma proporción que aquellos de mediana y baja complejidad, se sustenta, en los altos costos de la infraestructura, equipamiento, insumos y personal capacitado para el funcionamiento adecuado, pero a su vez asume una sobrecarga de trabajo para los establecimientos habilitados, dado que no existen otras alternativas para descomprimir los servicios ante una superpoblación constante.

Asimismo, se busca reforzar la idea de que la concentración de servicios especializados en determinadas áreas geográficas implica un alto costo para las personas que residen lejos de

estas zonas, tanto en términos de traslado como de permanencia fuera de sus hogares. Además, aumenta el riesgo para los pacientes al limitar las oportunidades de recibir atención oportuna en casos de emergencia. Por lo tanto, se sugiere que la inversión en este nivel de atención tendría un impacto positivo tanto en el costo económico para los pacientes como en la mejora de la cobertura de atención médica, lo que conduciría a una mayor eficiencia en el sistema de salud.

Específicamente en lo que respecta al último nivel de atención, y como primera iniciativa tendientes a desconcentrar los centros de atención, hace unos años se ha iniciado la construcción de dos grandes hospitales especializados, uno en la ciudad de Encarnación, departamento de Itapúa (Hospital General del Sur⁸) con un 13,75% de avance de obras al cierre del año 2022 y; el segundo en la ciudad de Coronel Oviedo departamento de Caaguazú (Hospital General de Coronel Oviedo) con un avance de 36,19% en la obra, que prevé ofrecer servicios de alta complejidad y que sería (una vez concluido) el establecimiento de salud de mayor envergadura construido, luego de 30 años (MSPBS, Informe de Gestión 2021-2023, 2023). Cabe destacar que dichas obras son ejecutadas con apoyo del Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC).

Según lo expresado en el informe anual presentado por el ente rector, ambos servicios serán de vital importancia en la descentralización de consultas e internaciones por especialidades médicas de alta complejidad en las respectivas zonas de construcción (MSPBS, Balance Anual de Gestión Pública, 2022).

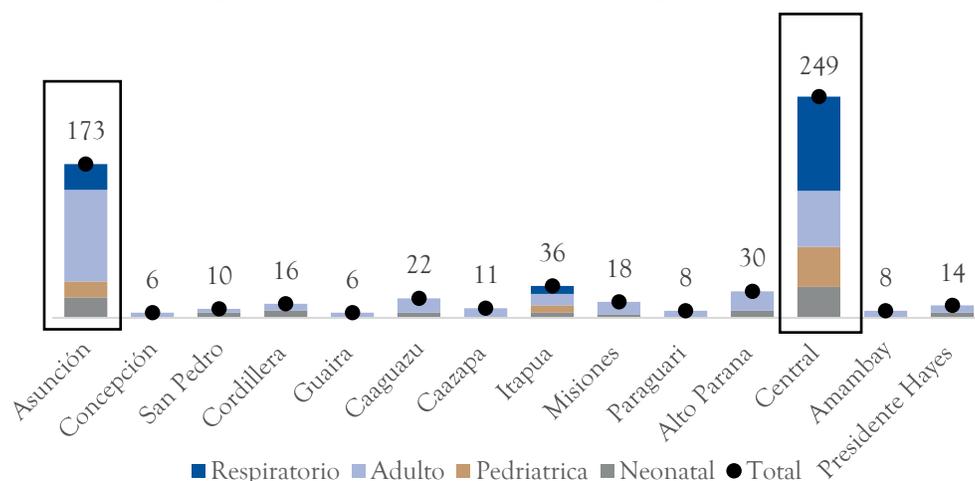
A esto se sumaría, la construcción de otros dos nuevos hospitales en Asunción y Carmelo Peralta, según lo comprometido por el MSPBS, además de la concreción de 402 nuevas USF's (MSPBS, Balance Anual de Gestión Pública, 2022). Queda por confirmar si esto se haría efectivo, considerando que se encuentran en proceso de concreción las adaptaciones de las USF y a su vez, los proyectos para los hospitales no se encuentran por el momento incorporados en las previsiones presupuestarias para el año 2024.

En lo que respecta a las capacidades de servicios especializados para internación con terapia intensiva de pacientes en instituciones dependientes del MSPBS, es importante señalar que

⁸ Proyecto financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

posterior a la crisis presentada en la pandemia se ha mejorado la cobertura de este servicio, con un incremento del 71% de las camas de terapia intensiva entre los años 2019 y 2022, pasando de 354 a un total de 607 camas, distribuidas en unidades de terapia intensiva para adultos (290), respiratorios (144), neonatales (102) y pediátricas (71)⁹. Atendiendo a la ubicación de las mismas, el 69,5% se encuentran disponibles en establecimientos de Asunción y Departamento Central.

Gráfico 5 Disponibilidad de Camas para Terapia Intensiva. Año 2022



Fuente: MSPBS/DIGIES. Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH).

Actualmente existen 13 (trece) departamentos más la capital, que cuentan con Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y además, se ha instalado la primera para adultos y neonatos del sistema de Salud Pública en Presidente Hayes, Chaco Paraguayo (MSPBS, Informe de Gestión 2021-2023, 2023).

En total, suman 33 los establecimientos del país que cuentan con este servicio especializado, 4 de los cuales dependen del MSPBS a través de convenios, como es el caso de aquellos identificados como Cruz Roja Paraguaya, IPS y Hospital de Policía (ver Tabla 5).

Ahora bien, considerando su clasificación en el RIIS, la mayoría de los establecimientos con UTI recaen en el nivel de atención III y IV, con excepción de 5 (cinco), que pese a estar

⁹ Comparación entre lo reportado en el BAGP 2019 y los datos correspondientes al año 2022 del Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH), ambos remitidos por el MSPBS al Ministerio de Economía y Finanzas.

tipificados como nivel de atención II, poseen capacidad para la prestación de terapia intensiva: Centro de Salud de Ayolas, los Hospitales Distritales de Fram, San Ignacio y Lambaré, el Centro Nacional de Quemaduras y Cirugías Reconstructivas¹⁰.

Lo anterior demuestra la factibilidad de avanzar hacia la ampliación de cobertura para ciertos servicios considerados como especializados de una manera eficiente, respaldado por inversiones de infraestructura que han permitido mejorar establecimientos ya existentes y de menor complejidad, ante las necesidades emergentes, que en su momento han sido representadas específicamente por Unidades de Terapia Intensiva, y la dotación de personal capacitado para dicha tarea; por lo tanto, sirven como experiencias que fundamentan la idea de que la inversión puede darse en diferentes etapas del funcionamiento de los establecimientos ya existentes.

Tabla 5 Establecimientos dependientes del MSPBS con Unidades de Terapia Intensiva. Año 2022

Establecimiento de Salud			Camas de Terapia				
Tipo	Ubicación Geográfica	Cant.	Neonatal	Pediátrica	Adulto	Respiratorio	Total
	Asunción		23	18	103	29	173
HG	Hospital General Barrio Obrero		6	0	0	0	6
HMI	Hospital Materno Infantil Santísima Trinidad		13	0	0	0	13
HGMI	Hospital General Materno Infantil San Pablo		0	0	6	6	12
HE	Instituto de Medicina Tropical		0	6	16	0	22
HE	INERAM Juan Max Boettner	9	0	12	25	23	60
HE	Cruz Roja Paraguaya		4	0	0	0	4
HE	Hospital de Trauma Manuel Giagni		0	0	36	0	36
CE	Centro Nacional de Quemaduras y Cirugías Reconstructivas		0	0	9	0	9
HE	Instituto Nacional de Cardiología Prof. Dr. Juan Cattoni		0	0	11	0	11
	Concepción		0	0	6	0	6
HR	Hospital Regional de Concepción	1	0	0	6	0	6
	San Pedro		6	0	4	0	10
HG	Hospital General Santa Rosa del Aguaray	1	6	0	4	0	10
	Cordillera		8	0	8	0	16
HR	Hospital Regional de Caacupé	1	8	0	8	0	16
	Guaira		0	0	6	0	6
HR	Hospital Regional de Villarrica	1	0	0	6	0	6

¹⁰ Clasificación realizada por MSPBS/DIGIES. Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH).

Establecimiento de Salud			Camas de Terapia				
Tipo	Ubicación Geográfica	Cant.	Neonatal	Pediátrica	Adulto	Respiratorio	Total
	Caaguazú		6	0	16	0	22
HR	Hospital Regional de Coronel Oviedo	2	6	0	10	0	16
HP	Hospital Policial Santa Rosa /MSPBS-Convenio		0	0	6	0	6
	Caazapá		0	0	11	0	11
HR	Hospital Regional de Caazapá	1	0	0	11	0	11
	Itapúa		6	8	13	9	36
HR	Hospital Regional de Encarnación		6	8	6	0	20
IPS	IPS Encarnación Integrado MSBPS	3	0	0	0	9	9
HD	Hospital Distrital de Fram		0	0	7	0	7
	Misiones		4	0	14	0	18
HR	Hospital Regional de San Juan Bautista		0	0	8	0	8
CS	Centro de Salud de Ayolas	3	0	0	6	0	6
HD	Hospital Distrital de San Ignacio		4	0	0	0	4
	Paraguarí		0	0	8	0	8
HR	Hospital Regional de Paraguarí	1	0	0	8	0	8
	Alto Paraná		8	0	22	0	30
HR	Hospital Regional de Ciudad del Este		0	0	8	0	8
HMI	Hospital Materno Infantil Los Ángeles	3	8	0	0	0	8
IPS	IPS - CDE Respiratorio		0	0	14	0	14
	Central		35	45	63	106	249
HN	Hospital Nacional de Itaugua		20	17	22	82	141
HD	Hospital Distrital de Lambaré		0	0	8	0	8
HG	Hospital General de Luque	5	0	0	26	10	36
HE	Hospital General Pediátrico Acosta Ñu		0	28	0	14	42
HG	Hospital General de San Lorenzo		15	0	7	0	22
	Amambay		0	0	8	0	8
HR	Hospital Regional de Pedro Juan Caballero	1	0	0	8	0	8
	Presidente Hayes		6	0	8	0	14
HR	Hospital Regional de Villa Hayes	1	6	0	8	0	14
Total país		33	102	71	290	144	607

Fuente: MSPBS/DIGIES. Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH).

A lo anterior, acompaña por defecto una notable discrepancia en la distribución territorial del personal médico disponible, incluyendo a aquellos en formación durante su residencia médica. Esto se debe en parte a la dependencia de la infraestructura disponible para continuar con sus estudios y prácticas especializadas, lo que resulta en una concentración significativa de profesionales en áreas geográficas específicas, según la revisión de oferta de plazas de las

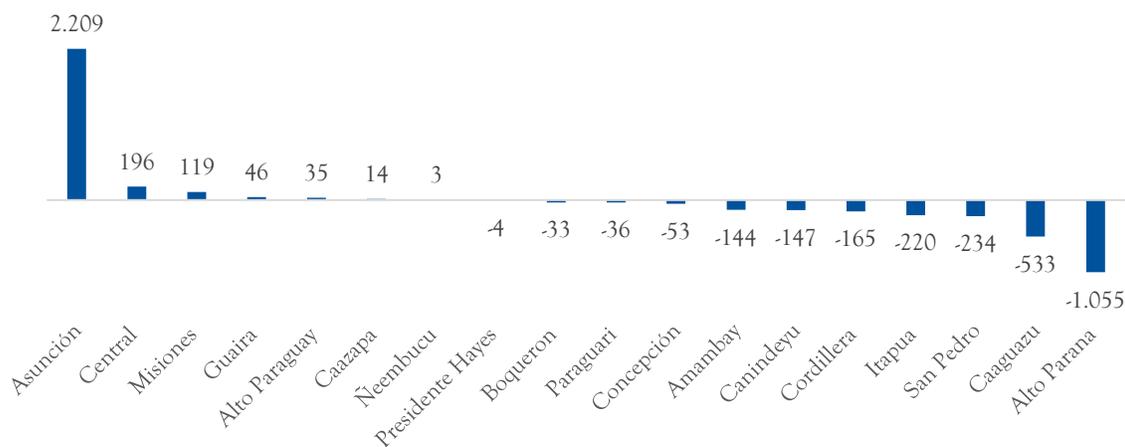
residencias médicas de especialidades troncales y primarias actualizadas a principios del año 2022¹¹.

Esta disparidad en la disposición del personal de blanco ha sido destacada en diferentes contextos, que dejan a la vista una distribución desproporcionada e inequitativa (Mancuello Alum & Cabral de Bejarano, 2011). De hecho, podría decirse que resulta casi imposible reestructurar el sistema si no antecede una mejora en las condiciones de base para la prestación de servicios, entre ellos, la infraestructura existente para niveles de atención más complejos, dado que son los que desprenden la mayor oferta de médicos a diferencia de los de menor nivel, que incluso pueden llegar a funcionar con 1 o 2 médicos.

En ese sentido, bajo el mismo cálculo utilizado en (Dirección General de Presupuesto, 2022) para comparar la distribución actual con una estimación de distribución que sería adecuada y equitativa a la población existente en cada departamento, pero con datos actualizados del Censo 2022 y calculado con base a un índice referencial de 2,5 vínculos médicos por cada 1000 habitantes, los resultados muestran las diferencias que se darían según área geográfica, reflejado en las variaciones que implicarían llegar a los valores equitativos: **positivo** en aquellos que poseen un excedente (a redistribuir según población) y **negativo** para los casos que poseen actualmente un déficit y por ende deberían contar con una mayor cantidad de médicos en dicha cantidad para converger a la media nacional y brindar una cobertura adecuada de su población.

¹¹ Instituto Nacional de Salud – Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM)

Gráfico 6 Vínculos médicos por exceso y defecto por cada 1000 habitantes. Año 2022



Obs.: Incluye médicos, médicos residentes, pasantes y sub., según clasificación de RRHH de Salud.

Fuente: Balance Anual de Gestión Pública del MSPBS – Año 2022. INE, Censo de Población 2022

Si bien estos cálculos son referenciales y encaminados a una distribución ideal basada en la distribución de población residente, se busca con esto complementar o reforzar el foco sobre aquellos territorios que muestran un mayor déficit y que podrían ser beneficiados con las futuras inversiones en puntos estratégicos y equidistantes entre sí, que favorezcan un mayor acceso, reduzcan las distancias y tiempos de traslado con respecto a la situación actual.

Por lo tanto, conforme a los resultados observados, hace falta priorizar la descentralización de médicos hacia el Este del país principalmente, con base a la población de Alto Paraná y el plantel disponible al 2022. A la inversa, se puede observar la cantidad excedente de oferta de prestadores médicos en Asunción y departamento Central, calculado en 2.209 y 196, respectivamente. Con miras a lograr una eficiencia gradual, y como ya se había mencionado anteriormente, estas cantidades también dependen de la mejor distribución de infraestructura disponible, que, en caso de darse, deberían reducir estas brechas identificadas en la actualidad, pese a que probablemente la capital seguirá encabezando la mayor cobertura en términos de servicios integrales.

3. Presupuesto destinado a Infraestructura de Salud Pública

3.1 Comportamiento de las inversiones en el periodo 2018-2022

El presupuesto ejecutado por el MSPBS durante los últimos 5 años, refleja la importancia de dos rubros de gasto específicos. En primer lugar, los servicios personales (grupo 100), que abarcan el pago al personal de blanco y administrativo, así como los gastos de funcionamiento institucional. En segundo lugar, los bienes de consumo e insumos (grupo 300), que incluyen compras de productos químicos, medicinales, así como de vacunas y otros elementos necesarios, a ser distribuidos en todos los establecimientos de salud.

Estos rubros han experimentado un aumento significativo en términos absolutos entre los años 2018 y 2022, superando los mil millones de guaraníes. En términos relativos, las mayores diferencias se observan en “otros gastos”, seguidas por “inversión física”, que engloba las principales inversiones de capital fijo realizadas.

Esta variación atípica de Otros gastos (2.239%), guarda relación con la gestión de cumplimiento de órdenes por amparos judiciales presentados por las personas para que el Estado, a través del MSPBS, garantice la cobertura de costos de salud, y que se dispararon con la utilización de terapia en el sector privado, pero que al año 2022 refieren principalmente a pedidos de fármacos oncológicos, para realizar tratamientos complejos.

Tabla 6 Ejecución del Presupuesto del MSPBS por Grupo del Gasto. Periodo 2018-2022

Cod.	Grupo del Gasto	(En miles de millones de guaraníes)					% Var. 2022-2018
		2018	2019	2020	2021	2022	
100	Servicios personales	2.803	3.043	3.704	3.718	4.085	46%
200	Servicios no personales	215	207	236	619	444	107%
300	Bienes de consumo e insumos	1.035	1.074	1.465	2.846	2.042	97%
500	Inversión física	120	96	193	262	400	234%
700	Servicio de la deuda pública	0	0	2	0	0	0%
800	Transferencias	58	72	71	199	139	141%
900	Otros gastos	11	187	177	249	251	2.239%
Total		4.241	4.680	5.849	7.893	7.361	74%

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

Es evidente que, para garantizar el funcionamiento adecuado de los establecimientos de salud, es necesario considerar los gastos relacionados tanto para la dotación de recursos humanos como con la infraestructura, equipamiento, medicamentos, insumos y otros gastos que hacen a los servicios de gestión administrativa (agua, energía, limpieza, administración, etc.).

No obstante, alineado con el objetivo de esta evaluación, se busca dar un enfoque sobre los gastos inherentes a la dotación de infraestructura vinculada a la prestación de servicios a la población. Esto permitirá analizar el comportamiento de las inversiones realizadas en este ámbito y su capacidad para satisfacer la demanda en los últimos 5 años (2018-2022), limitando el análisis a los establecimientos dependientes del MSPBS que son beneficiados de los montos presupuestarios identificados.

Es preciso considerar, además, que las inversiones en infraestructura también implican mantenimientos, restauraciones, ampliaciones o habilitación de nuevas áreas, etc., dentro de los establecimientos existentes; y no necesariamente construcción de nuevos centros. También forma parte de la inversión, el equipamiento de los establecimientos, que, si bien debiera estar incluido en los proyectos de inversión, en ocasiones puede darse en forma complementaria a los mismos, así como la adquisición de maquinarias o elementos que sean instalados para la generación o abastecimiento de insumos básicos de carácter hospitalario, como, por ejemplo: plantas de oxígeno en el predio de los hospitales, construcción de vertedero de desechos hospitalarios, etc.

Por lo tanto, todo lo citado se incluye en los cálculos realizados, ya sea a través de actividades o proyectos específicos, ejecutados por el MSPBS. A ello, se agrega el monto de los recursos correspondiente a los centros de contingencia y los proyectos de inversión para construcción de nuevos hospitales (1 regional y 1 nacional), que fueron contemplados en el presupuesto del Ministerio de Obras Públicas y Comunicaciones (MOPC); este último, como ente rector en materia de obras de carácter público, y a su vez el monto ejecutado a través de los Gobiernos Departamentales como aporte a la mejora de servicios de salud a nivel descentralizado, tomando solo lo que guarda relación con infraestructura de salud (para puestos de salud, centros de salud, etc.), no así el monto destinado para compra de insumos, como por ejemplo medicamentos. A continuación, los valores pueden ser visualizados en el siguiente cuadro:

Tabla 7 Ejecución de actividades/proyectos destinados a inversiones. Periodo 2018-

2022

Cód. SNIP	Proyectos/Actividades destinados a Inversión	En millones de guaraníes					Total
		2018	2019	2020	2021	2022	
Actividades y proyectos ejecutados por el MSPBS¹		282.708	297.815	314.420	1.136.018	592.714	2.623.676
-	Inversión física de actividades del MSPBS	62.472	60.454	49.955	88.799	80.665	342.345
915	Equipamiento, contención y apoyo a los servicios de salud	-	-	103.758	497.192	190.512	791.462
773	Mejoramiento, fortalecimiento y apoyo integral a los servicios de salud pública	187.969	205.843	103.583	455.443	19.985	972.824
151	SP Programa de desarrollo infantil temprano (DIT)	30.301	30.929	49.073	43.679	10.714	164.695
153	Investigación, educación y biotecnología aplicadas a la salud	1.966	589	2.496	1.688	3.089	9.828
887	Mejoramiento de la calidad de atención de los establecimientos del MSPBS	-	-	3.607	47.682	65.070	116.360
805	Construcción fortalecimiento de atención primaria en salud	-	-	1.948	1.535	222.679	226.162
Actividades/Proyectos ejecutados por el MOPC		0	0	8.744	117.349	64.363	190.457
649	Construcción del Hospital Nacional de Coronel Oviedo	-	-	0	22.687	34.292	56.979
-	Ejecución de convenio de cooperación con el MSPBS bajo la Ley de Emergencia	-	-	8.744	84.162	-	92.906
648	Construcción del Hospital Regional de Encarnación	-	-	-	10.500	30.071	40.571
Ejecución desde Gobiernos Departamentales²		8.797	16.991	70.861	83.108	55.683	235.440
-	Gobierno Departamental de Concepción	1.120	250	793	1.995	1.726	5.884
-	Gobierno Departamental de San Pedro	1.463	1.663	3.991	6.041	4.124	17.282
-	Gobierno Departamental de Cordillera	230	911	2.130	6.086	1.342	10.700
-	Gobierno Departamental de Guairá	-	355	3.776	4.532	989	9.652
-	Gobierno Departamental de Caaguazú	1.671	2.504	4.919	4.483	1.446	15.023
-	Gobierno Departamental de Caazapá	500	750	5.168	2.497	2.460	11.375
-	Gobierno Departamental de Itapúa	-	-	1.592	4.891	319	6.801
-	Gobierno Departamental de Misiones	224	3.799	3.296	4.891	3.399	15.609
-	Gobierno Departamental de Paraguari	848	1.774	6.451	7.135	433	16.641
-	Gobierno Departamental de Alto Paraná	-	360	11.046	6.743	9.146	27.295
-	Gobierno Departamental de Central	965	925	6.297	2.244	159	10.590
-	Gobierno Departamental de Ñeembucú	50	13	6.297	7.896	14.594	28.850
-	Gobierno Departamental de Amambay	-	-	-	-	-	0
-	Gobierno Departamental de Canindeyú	933	2.293	4.277	7.678	5.651	20.832
-	Gobierno Departamental de Presidente Hayes	-	-	10.033	11.911	6.336	28.280
-	Gobierno Departamental de Boquerón	-	791	0	3.290	1.460	5.541
-	Gobierno Departamental de Alto Paraguay	794	603	794	794	2.101	5.085
Total		291.505	314.807	394.025	1.336.475	712.761	3.049.572
Variación 2022/2018		145%					

¹Se excluyen los gastos y proyectos relacionados a abastecimiento de agua potable y saneamiento.

²No incluye aportes para asistencia a familias y provisión de medicamentos.

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

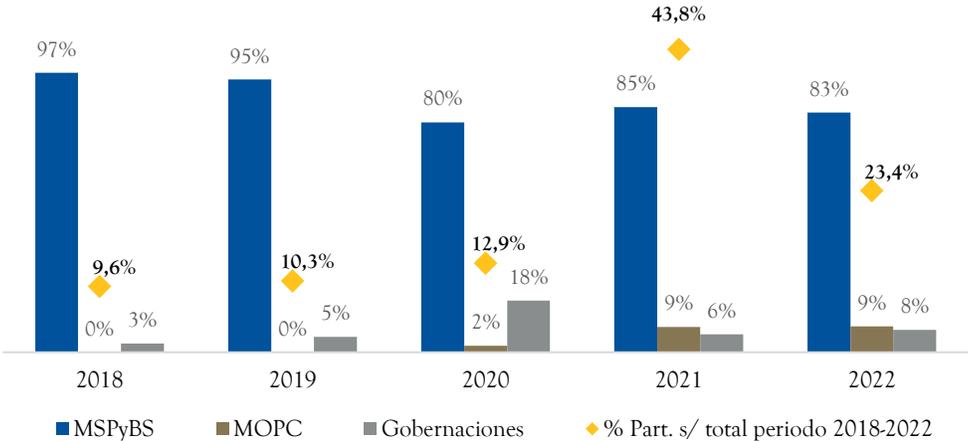
En general, el monto total de las inversiones muestra un comportamiento ascendente durante el periodo 2018-2022, llegando a un valor total de G. 3 billones, que denota una variación del 145% en el monto destinado a inversiones para el año 2022 respecto al 2018.

Por otra parte, se debe aislar la situación atípica provocada por la pandemia que tuvo su mayor repercusión en el año 2021 en términos de inyección presupuestaria (G. 1,3 billones), recordando que los montos observados corresponden a la ejecución al cierre de cada año.

En forma razonable, la mayor participación en el monto de inversiones corresponde al MSPyBS (86% del total), seguido del aporte de los Gobiernos Departamentales (7,7%), ambos con ejecución en todo el periodo contemplado, mientras que el MOPC desde el año 2020 al 2022, a través de una actividad y dos proyectos de construcción de hospitales, cuya ejecución total representa el 6,2% del total.

Si se observa el comportamiento anual de las inversiones, se observa que tanto en el año 2021 como 2022, el monto de las inversiones en infraestructura ejecutadas a través del MOPC supera el de las Gobernaciones, debido a la magnitud de los proyectos que llevan adelante cada una de estas entidades, que a su vez se corresponden con niveles de atención y complejidad de establecimientos totalmente distintos: Baja complejidad para Gobiernos Departamentales y de mediana y alta complejidad en el caso del MOPC.

Gráfico 7 Participación anual de entidades en el monto de inversiones para infraestructura de salud



Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)

Por su parte, el MSPBS en coherencia con su misión, distribuyó el monto de las inversiones en todos los niveles de atención disponibles, que recaen en las clasificaciones de baja, mediana y alta complejidad, aunque se resalta que la mayor parte de las inversiones físicas hasta el año 2019, reflejan la ampliación de la cobertura de las unidades de salud familiar en distintos puntos del país, que se encuentran presupuestariamente dentro del monto destinado para inversiones físicas de las principales actividades, las cuales vienen dadas por: construcciones, adquisiciones de maquinarias, equipos y herramientas en general, entre otros.

En lo que respecta a los proyectos, se han identificado un total de 6 (seis) que fueron llevados adelante por la institución en el año 2022, 3 (tres) de los cuales ya se encontraban vigentes desde años anteriores, dándose su continuidad ininterrumpida en el plazo considerado para el análisis.

En ese sentido, también se resalta en el caso del MSPBS que si bien los recursos ya estaban contemplados en su presupuesto en el año 2020 a través de una ampliación presupuestaria que surge en cumplimiento de la Ley N° 6524/2020 de Emergencia Sanitaria (Congreso de la Nación Paraguaya, 2020), no pudo ejecutarse en su totalidad por la institución, por lo que el saldo fue transferido para la continuidad de la ejecución al año siguiente, y ha servido para absorber los gastos en el marco de la contención y fortalecimiento de los servicios durante la crisis.

Muchas de las inversiones realizadas en ese periodo de crisis sanitaria en términos de equipos y obras, pudieron redestinarse para otros usos sanitarios de igual importancia posteriormente, por lo que se traducen en inversiones permanentes que han fortalecido el sistema de salud pública, sirviendo como experiencia que avala la importancia de realizar inversiones sostenibles en los países de desarrollo como Paraguay, y que otorgan una mayor seguridad sanitaria a la población ante situaciones adversas, e impredecibles.

En forma paralela, para los años señalados, se observa la puesta en marcha del proyecto de construcción del Hospital Nacional de Coronel Oviedo, que ha desembolsado G. 57 mil millones en dos años de ejecución (2021-2022), con un avance del 36,19% (visto en el apartado anterior), y se espera contribuya en forma significativa a reducir la demanda poblacional de servicios de alta complejidad.

El mismo fue incluido y asignado presupuestariamente en la estructura del MOPC en el año 2020, sin embargo, ha iniciado la ejecución financiera a partir del año 2021, cuando también se incorpora el proyecto de construcción del Hospital Regional de Encarnación, que beneficiará al departamento de Itapúa, con el incremento de cobertura dentro del nivel de atención (III) considerada de mediana complejidad. No obstante, el monto destinado para dicho proyecto ya asciende a más de G. 40 mil millones con un avance de obra del 13,75% al cierre del año 2022.

En lo que respecta al aporte de los Gobiernos Departamentales para el sector salud a nivel descentralizado, guarda relación directa con la ejecución de actividades presupuestarias destinadas a inversiones tales como: construcción, ampliación, refacción o equipamiento de puestos y centros de salud de sus respectivas áreas geográficas. El monto total de este aporte asciende a G. 235.440 millones, que representa el 7,7% del total general.

Cabe resaltar que el Gobierno Departamental de Amambay no se incluye en el listado, dado que a diferencia de los demás, todas las actividades incluidas en su presupuesto indicaban aportes para asistencia y/o provisión de medicamentos a la población, lo cual no es considerado en los cálculos realizados como inversión para infraestructura o gastos de capital.

Del monto total de inversiones, la proporción que se destina para descentralizar los servicios especializados de alta complejidad y alcance, viene representado únicamente por el proyecto del Hospital General de Coronel Oviedo a cargo del MOPC y parte de lo presupuestado por el MSPBS, considerando que se busca aislar el efecto que tiene contar con este tipo de establecimientos en otros puntos del país, más cercanos al lugar de residencia de los pacientes, en las decisiones de traslado para recibir la atención de salud.

4. Análisis de la incidencia de la inversión en infraestructura para la descentralización de servicios especializados de salud pública.

La descentralización puede entenderse en varios contextos, pero uno de los más importantes está relacionado con la distribución más equitativa de recursos entre diferentes áreas o entidades a nivel territorial, lo que fomenta una acción colaborativa y más articulada entre el nivel central y local en favor de la población.

En el ámbito específico de la salud pública, la descentralización implica acercar los servicios a la población, lo que a menudo requiere nuevas inversiones o la redistribución estratégica de los recursos y servicios médicos existentes hacia comunidades y regiones específicas más desfavorecidas, principalmente cuando se trata de atención especializada.

Esto conlleva la necesidad de analizar las capacidades actuales del sistema en relación con la demanda real de la población, buscando relacionarlas con las inversiones destinadas a mejorar la eficacia y eficiencia en la cobertura a nivel territorial, que abarque todos los niveles de atención, con un enfoque particular en la atención de alta complejidad, para examinar cómo la distribución de la infraestructura disponible hasta el año 2022 ha afectado el acceso de la población a estos servicios.

4.1 Demanda de consultas de la población a nivel territorial.

El número de personas que acudieron a los servicios de salud pública por motivo de consultas de diferente índole, fue de 3.190.739 personas durante el año 2022, y a su vez, se han registrado 10.654.760 consultas en todos los niveles de atención, arrojando un promedio nacional de 3,4 consultas por persona.

En ese sentido, con base en la cantidad de población existente en el país según las estadísticas oficiales¹², el MSPBS dio cobertura al 52,2% de la población a través de consultas médicas

¹² Censo Nacional de Población Año 2022, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

realizadas en los establecimientos de salud pública y aquellos con los que posee convenios para la atención gratuita o preferencial, según los registros del año 2022.

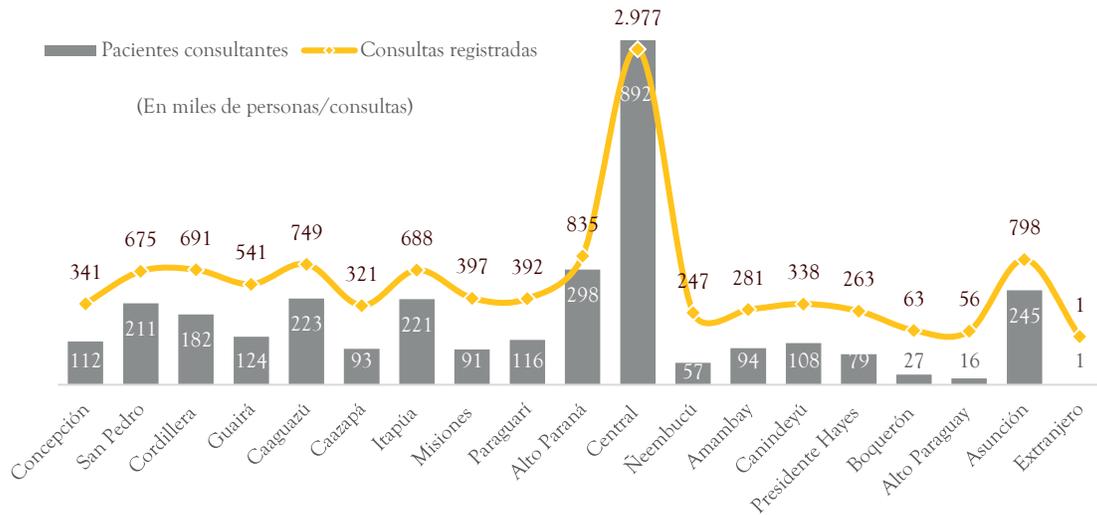
Estas últimas, incluyen consultas realizadas en centros subvencionados que aportan a su cobertura, pero cuya infraestructura no es propia del MSPBS (Ej.: Cruz Roja Paraguaya, Hospital San Jorge, etc.), y otros que no dependen del ministerio directamente, pero que por algún motivo excepcional figuran en el registro general. Ej.: consultas registradas en IPS, Hospital de Clínicas, que pudieron derivarse de convenios de interconsultas para casos específicos o que requieran tratamiento no disponible en forma directa a través del Ministerio.

Es importante destacar que el registro puede omitir o contener datos limitados de ciertos establecimientos que se centran en pacientes críticos o que requieren atención inmediata, los cuales se reflejan mejor al analizar los datos de internaciones en secciones posteriores.

Al analizar la distribución geográfica de las consultas registradas, según área de residencia de la población consultante y sin importar el lugar donde fue atendido, se observa que la mayor demanda de consultas corresponde a pacientes que residen en: Dpto. Central (28%), en coherencia con su participación poblacional a nivel nacional, seguido por Alto Paraná (9%) y Asunción-Capital (8%) en tercer lugar.

Por otra parte, al identificar el lugar donde se realizaron las consultas, se observa que la mayoría de los pacientes acuden a servicios en sus respectivos lugares de residencia, lo que refleja un patrón similar al porcentaje de participación de los establecimientos en el total nacional, asumiendo siempre las consultas sin distinguir el tipo de establecimiento al cual acudió, sino solamente el área geográfica del registro. Sin embargo, hay discrepancias en algunos departamentos en términos de participación, lo que sugiere variaciones en la disponibilidad o preferencia de los servicios. A continuación, se observa el conjunto de datos de consultas según su distribución territorial:

Gráfico 8 Demanda de consultas según área de residencia de la población. Año 2022



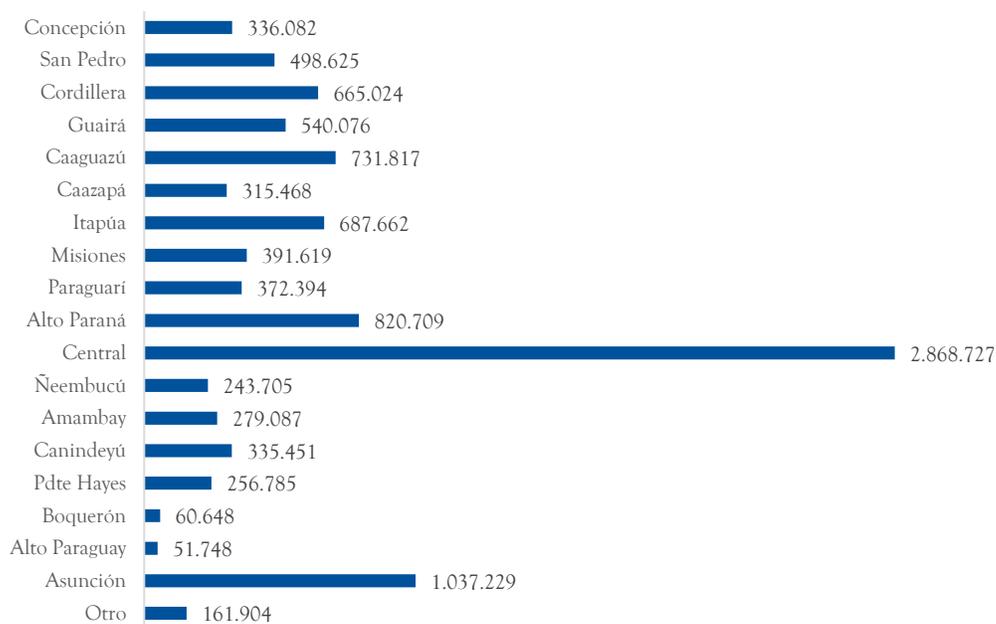
*Extranjero: corresponde al número de consultas de pacientes que declaran no residir en el país.

Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

La relación entre cantidades de consultas y pacientes únicos que la realizan, muestra un comportamiento similar al promedio nacional cuanto se identifican las necesidades de la población según su territorio, existiendo según el Gráfico 8, sólo 4 departamentos cuya población supera este valor con 4 consultas al año: Cordillera, Guairá, Misiones y Ñeembucú; y sólo uno (Boquerón) que es inferior, con 2 consultas anuales.

Gráfico 9 Distribución de consultas según ubicación del establecimiento de salud.

Año 2022

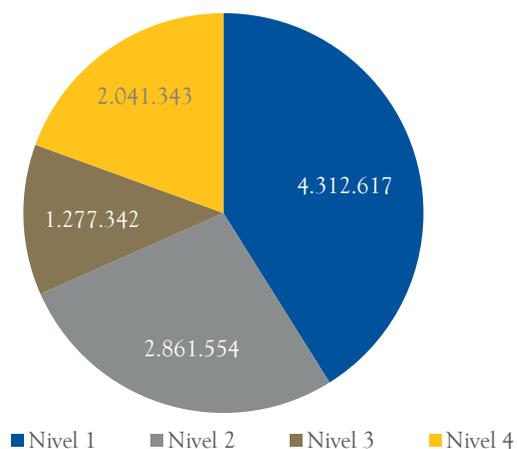


Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Los registros identificados como “otros” incluyen aquellos que no cuentan con datos completos del paciente o establecimiento al cual acudió el mismo, por lo que no fue posible identificar el destino de dichas consultas.

Esto sugiere la necesidad de adentrarse a verificar la cantidad de consultas relacionadas al nivel de establecimiento al cual acudieron los pacientes (exceptuando el caracterizado como “otros”), que en general, muestra una **relación descendente entre la cantidad de consultas registradas conforme se avanza en los niveles de atención**, siendo el de mayor utilización aquel de primer nivel, como puede notarse en el siguiente gráfico:

Gráfico 10 Registro de consultas según nivel de atención. Año 2022.



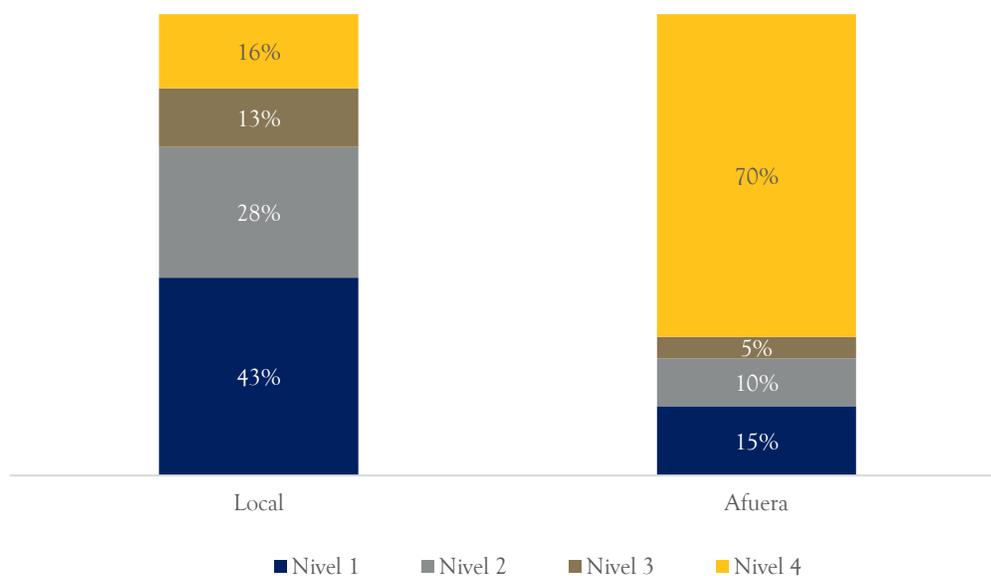
Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Ahora bien, si esta información se desagrega nuevamente según el **origen del paciente**, se tiene que unos 9,8 millones de consultas en el año 2022 fueron registradas en establecimientos dentro del departamento de residencia, las cuales en un 71% correspondieron a atenciones de primer y segundo nivel, mientras que la diferencia (661.029 consultas) corresponde a aquellas realizadas fuera de la misma¹³, en búsqueda de atenciones de tercer y cuarto nivel en un 75% aproximadamente. Esto sugiere una tendencia inversa en la búsqueda de niveles de atención, donde los pacientes optan por buscar atención especializada fuera de su departamento de residencia, posiblemente debido a la disponibilidad limitada de servicios de alta complejidad a nivel local.

Es importante recordar, que los servicios de salud ofrecidos en los dos últimos niveles de atención comprenden acciones para atenciones de salud de alta complejidad, con el objetivo de prestar los servicios intermedios o finales a través de establecimientos con un nivel resolutivo de especialización, que incluyen actividades diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y cuidados al paciente; diferenciándose al nivel IV cuando se tratare de servicios más bien de alcance superior y con utilización de alta tecnología.

¹³ Se excluyen 161.904 consultas (otros) por no poder identificar si se dio una permanencia o salida del paciente, dado la existencia de datos perdidos en cuanto al registro de origen o destino de las consultas.

Gráfico 11 Consultas según el origen/destino del paciente y el nivel de atención. Año 2022.



Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Esto lleva a la conclusión de que **son las consultas en establecimientos de primer nivel las que predominan en los registros locales de atención**, es decir, los pacientes acuden y son atendidos dentro de su departamento de residencia en la mayoría de los casos (9 de cada 10 consultas), especialmente cuando la necesidad es de baja complejidad.

Por otro lado, al examinar el comportamiento de los **pacientes que buscan atención fuera de su territorio** y rastrear el nivel del establecimiento al que acuden, se obtiene una visión más clara de las necesidades de la población para cada nivel de atención. Como se muestra en el Gráfico 11, el mayor porcentaje consistió en atenciones caracterizadas como de alta complejidad y sólo un 15% estaba relacionado a consultas de primer nivel, lo cual podría atribuirse, en parte, a consultas ocasionales con motivo de viajes por trabajo o placer.

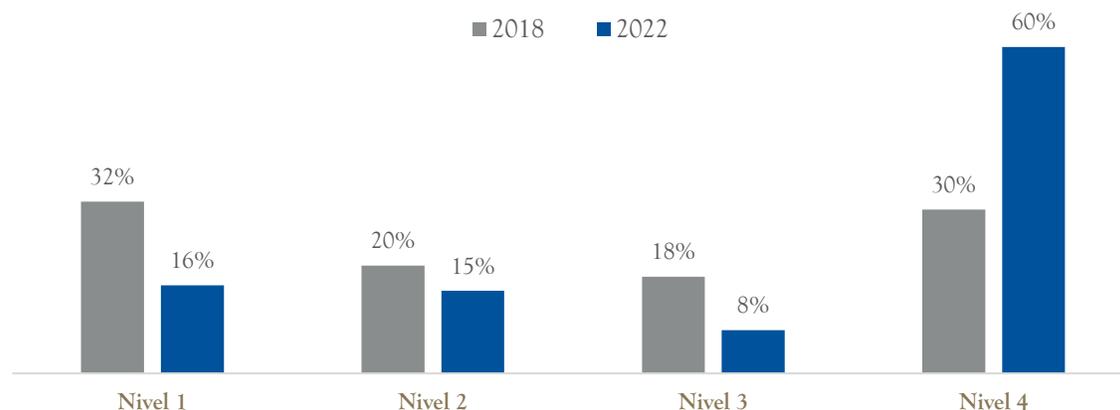
Estas decisiones de los pacientes, especialmente aquellos que optan por quedarse en su departamento de residencia para consultas de baja complejidad, coinciden con las importantes inversiones en expansión de la cobertura a nivel territorial realizadas en los últimos años (principalmente en Unidades de Salud Familiar, Centros y Puestos de Salud), como se evidenció en el apartado anterior. Estas inversiones han demostrado ser sostenibles

en el tiempo gracias al respaldo de los Gobiernos Departamentales para mejorar la efectividad de la atención.

Este patrón sugiere la existencia de una posible correlación positiva entre la inversión en infraestructura en un nivel de atención y la reducción de la necesidad de que los pacientes busquen atención fuera de su departamento de residencia.

Para verificar esta hipótesis, se ha comparado los registros de consultas realizadas fuera del departamento de residencia en 2022 con los registros de 2018 (año base), excluyendo a los residentes de Asunción y el Departamento Central. El objetivo es evaluar el nivel del establecimiento al que acuden los pacientes que residen en otras áreas, consideradas como "niveles descentralizados", y compararlo con la situación de hace 5 años atrás. En ese sentido, se parte del supuesto de que en ese momento las condiciones de infraestructura eran menos favorables en cuanto al acceso, especialmente a los establecimientos de baja complejidad, o que aquellos que existían aún no habían experimentado la ampliación o mejora de servicios lograda mediante las inversiones posteriores.

Gráfico 12 Comparativo de consultas fuera del área de residencia del paciente. Años 2018 y 2022.



Obs.: excluye las consultas salientes del departamento de Central y Asunción - Capital

Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

En términos relativos, se observa una significativa disminución en las salidas de pacientes desde su departamento de residencia para consultas de atención de primer, segundo y hasta tercer nivel en comparación con el año 2018. Por otro lado, se ha notado un incremento en la

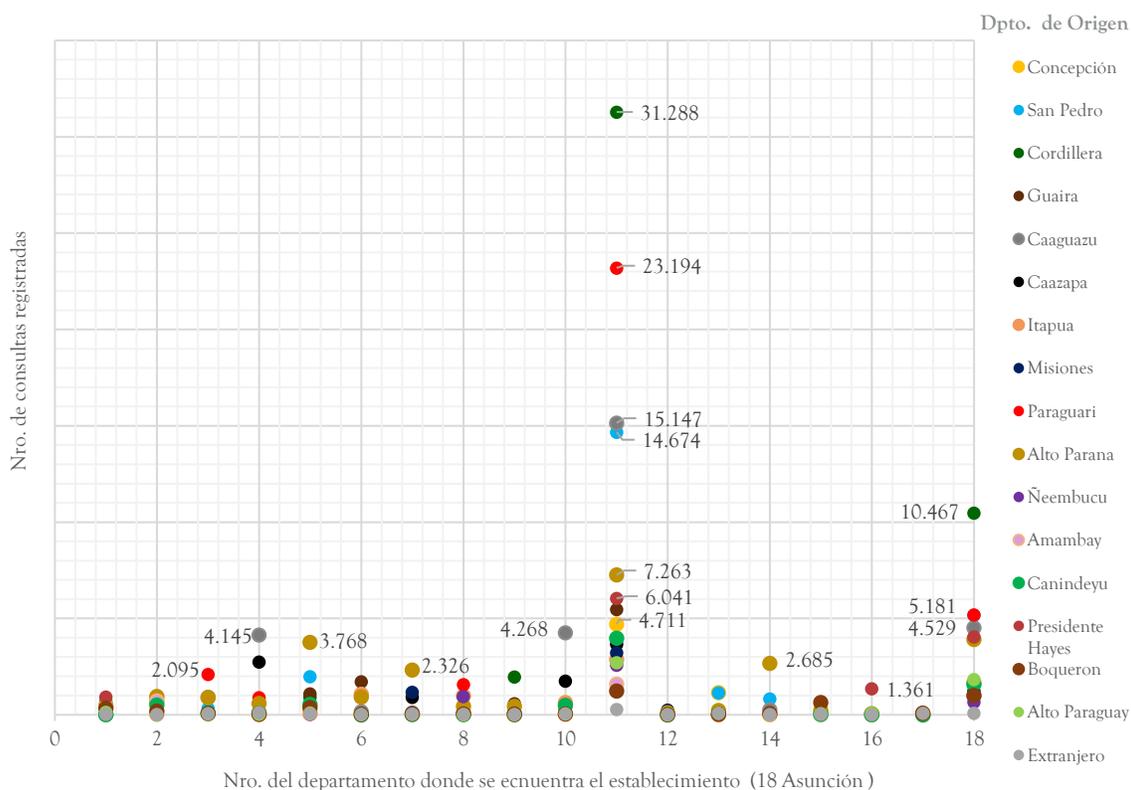
proporción de la población que sale en búsqueda de atención médica para el nivel categorizado como de alta complejidad (IV), es decir, las personas han cambiado su decisión en el periodo 2018-2022, y optan por salir de su departamento mayormente cuando se trata de casos extremos de salud que requieren atención especializada proveída por hospitales nacionales, institutos nacionales u hospitales generales materno-infantil, adaptándose a su localización, lo cual refleja un comportamiento contrario a lo registrado 5 años antes, donde las consultas salientes eran lideradas por el Nivel I.

Es crucial examinar detenidamente las consultas que no se realizaron en los departamentos de residencia de las personas para satisfacer las necesidades de eficiencia en la cobertura de servicios, que es el objeto de estudio de la evaluación. Para ello, se analizan las consultas salientes registradas correctamente, que representan 661.029 consultas realizadas por 246.549 pacientes. Se lleva a cabo un ejercicio para explorar la relación entre el lugar de origen del paciente y el establecimiento de destino¹⁴.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se excluyen las consultas de personas que salen del departamento Central (321.780) y de Asunción (91.791) debido a que muestran valores atípicos que distorsionan la observación deseada. El interés principal radica en comprender el comportamiento y las preferencias del área descentralizada cuando las personas salen, ya que estarían más afectadas por el traslado en términos de distancia. Como se puede observar en el Gráfico 13, estas consultas muestran una mayor concentración en establecimientos ubicados en el departamento Central y Asunción, como destino general de consultas.

¹⁴ Cuadro con datos cruzados Origen-Destino disponible en la sección de Anexos.

Gráfico 13 Origen y destino de consultas de pacientes. Año 2022



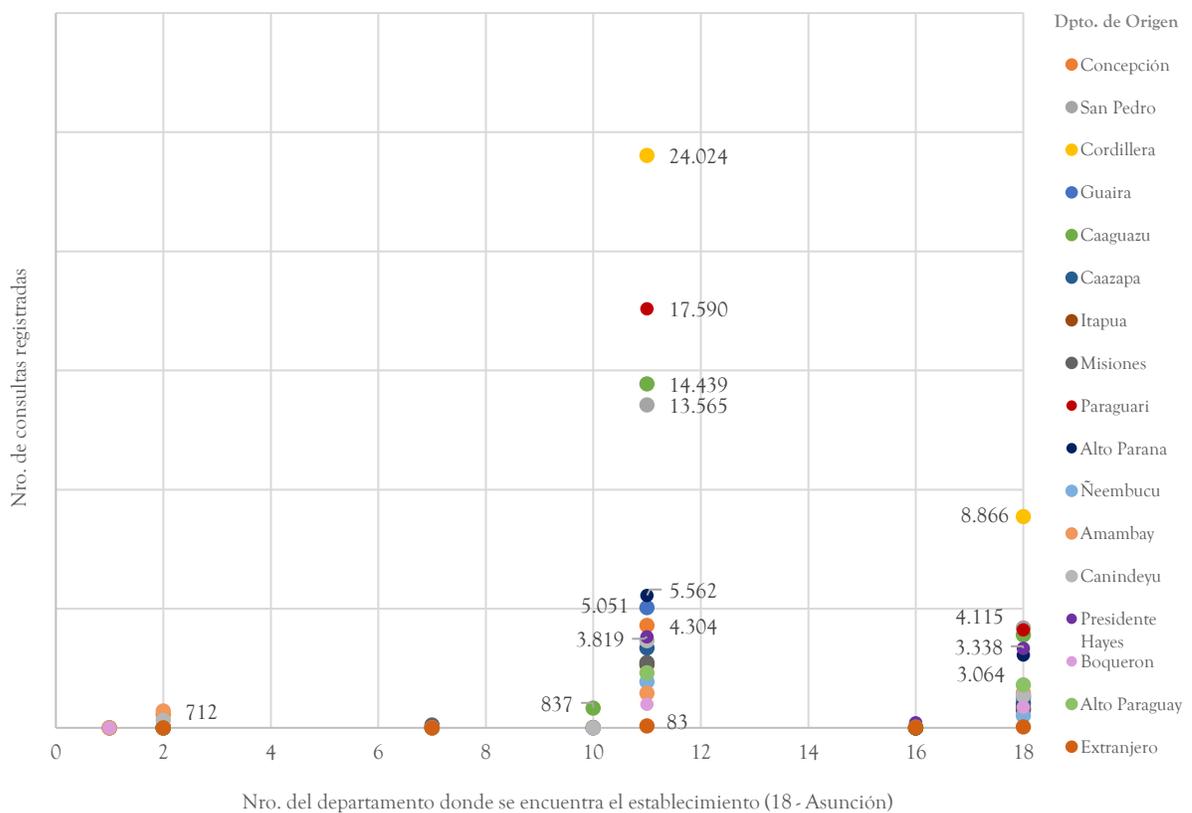
Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Las personas que se trasladan provienen de departamentos con infraestructuras que consisten en: Hospitales Regionales como referencia de mayor complejidad disponible con algunas excepciones que cuentan con Hospital Materno Infantil (Ej.: Dpto. de San Pedro), sumado a otros inferiores en cuanto a niveles de atención, tales como Hospitales Distritales, Centros de salud, Puestos de salud, Unidades de Salud Familiar; lo que a priori sería indicativo de que el traslado de pacientes a otro establecimiento fuera de su área se debe a que no ha encontrado una solución a su estado de salud en relación al nivel de servicio de salud requeridos, es decir, probablemente excede el nivel de cobertura disponible en su zona residencial.

Asimismo, los registros de consultas en cualquier nivel de atención, muestra que las mismas fueron realizadas mayormente por pacientes que provienen del departamento de: Cordillera (31.288), Paraguarí (23.194), Caaguazú (15.147) y San Pedro (14.674), los cuales además coinciden en cuanto a su destino de preferencia, al momento de buscar establecimientos de atención, siendo el departamento receptor más demandado “Central”.

Estos valores se acentúan cuando se toma en cuenta los servicios sólo en nivel IV, mostrando que los principales destinos a los que se dirigen quienes se trasladan desde su lugar de origen se reducen prácticamente a dos áreas geográficas: Departamento central (61%) y Asunción-capital (38,2%), mientras que los demás dan respuesta al 0.8% restante, relacionados en mayor medida a consultas en hospitales materno-infantiles o fundaciones que atienden enfermedades oncológicas, y de cierta manera figuran como dependientes del MSPBS (Ej.: Itapúa).

Gráfico 14 Origen y destino de consultas de pacientes dentro del Nivel IV. Año 2022



Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Las consultas coinciden en casi todos los casos con la ubicación de los 26 establecimientos de salud de nivel IV reportadas como dependientes del MSPBS (visto en apartado 2.2), que obliga a las personas a trasladarse hasta su punto de atención, dado la inexistencia en su área de los tipos de establecimientos clasificados como: Hospital Materno Infantil, Hospital Especializado o Institutos Nacionales.

Sin embargo, hay una excepción notable en el departamento de Alto Paraná, donde a pesar de no figurar en la lista de establecimientos disponibles directamente a través del Ministerio, se registraron consultas en este nivel referidas al "Hospital Materno Infantil y Urgencias Yguazú - Fundación Tesãi", realizadas por pacientes residentes en 7 departamentos descentralizados. Esto sugiere que estas consultas podrían derivarse de algún tipo de convenio interinstitucional para brindar cobertura a áreas con deficiencias en la atención médica.

En esta misma línea, es importante recalcar que el alcance de la cobertura de alta complejidad a nivel Central incluye los registros en establecimientos como: Hospital Central del IPS, Hospital de Clínicas, y otros con convenios con el MSPBS, como el Hospital San Jorge para especialidades cardiovasculares y otros; lo cual si bien apunta a brindar mayores alternativas a la población, también señala una debilidad en la oferta pública de salud centrada principalmente en la infraestructura disponible para atenciones especializadas, y que actualmente deben recurrir a este tipo de estrategias para ampliar la cobertura a la población en forma paliativa y que además obliga a los pacientes a adaptarse a los lugares en que se encuentran y asumir el costo de ello, al estar concentradas en las mismas áreas geográficas.

De esta manera, según las estadísticas actuales sobre la prestación de servicios de salud en las áreas seleccionadas, la necesidad de movilizarse a una distancia considerable desde su residencia hasta el lugar de atención especializada es significativa, lo que además estaría implicando un mayor costo de bolsillo si se tiene en cuenta el promedio de veces en que se registran dichas consultas por paciente, equivalente a 3 veces al año (nivel IV).

Afinando este análisis se busca identificar el motivo por el cual se realizan las consultas salientes en este nivel de atención (70% del total). Esto se basa en los datos proporcionados por los pacientes al momento de la consulta¹⁵, que si bien muestran una diversidad de motivos de consulta, luego de un proceso de revisión y agrupación de caracteres similares, permite reflejar una clasificación de aquellos con mayor frecuencia de ocurrencia.

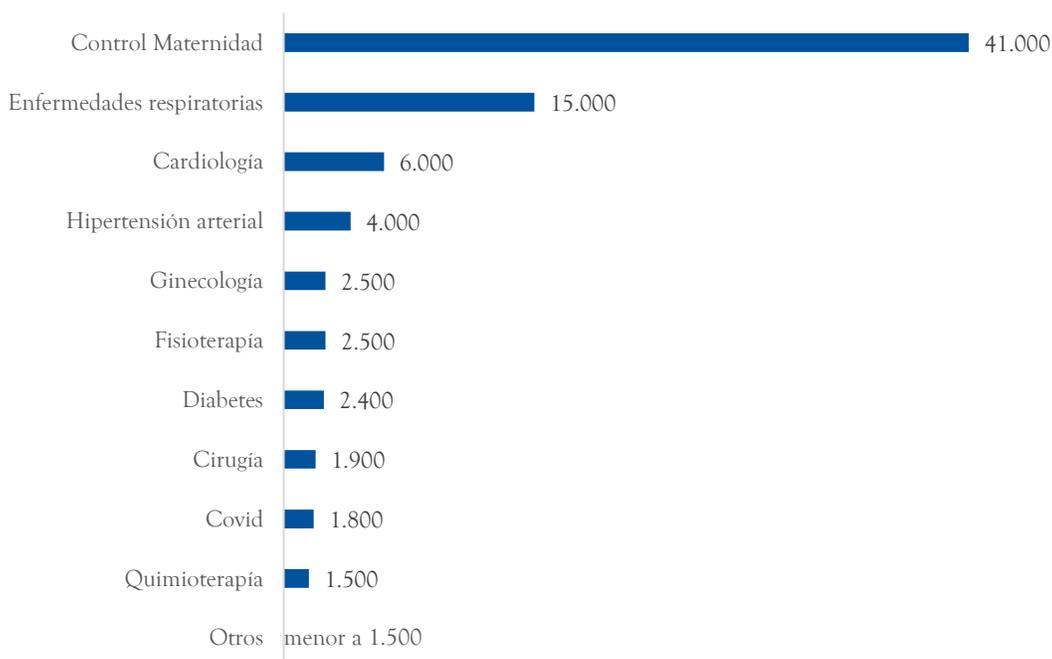
Muchos de estos motivos hacen referencia a dolencias, patologías o condiciones críticas que requieren atención especializada, lo que está en línea con la cobertura que se espera del establecimiento al que acudieron y justifica el traslado desde su departamento de residencia.

¹⁵ La cual es registrada por el médico a efectos estadísticos.

No obstante, se debe tener en cuenta que las consultas en este nivel no siempre denotan diagnóstico, para lo cual el profesional de la salud que atendió al paciente consultante precisa de estudios específicos.

En este contexto, en el siguiente gráfico se señala un ranking con los 10 principales motivos de consulta, que oscilan entre 1.500 a 41.000 ocurrencias en un mismo periodo.

Gráfico 15 Principales motivos de consulta salientes en busca de atención de Nivel IV, según frecuencia de registros. Año 2022



Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Se hace la salvedad de que los registros con frecuencia menor a 1.500, corresponde a otros motivos señalados por los pacientes, cuya cantidad no es significativa en relación a los demás, habitualmente para consultas esporádicas o por algún tratamiento, dolores específicos y recurrentes.

Entre los motivos que denotan una mayor frecuencia de ocurrencia, se encuentran aquellos relacionados a controles de maternidad (41.000), muchos de éstas por embarazos de riesgo y que probablemente requieran de centros que cuenten con una atención integral especializada en los Hospitales Materno Infantiles disponibles. En segundo lugar, por enfermedades

respiratorias (15.000), seguido de atención en cardiología (6.000) e hipertensión arterial (4.000), entre los más destacados.

Comparando estos registros, con los datos del año 2019 publicados por el MSPBS respecto a las principales causas de consultas, se encuentra que prevalecen en cantidad, los motivos relacionados a afecciones respiratorias, hipertensión arterial y diabetes; sin embargo, otras causales como enfermedades cardiovasculares han mostrado un aumento en los registros, al igual que aquellas de índole oncológica.¹⁶

Esta prevalencia, en parte también es coincidente con datos disponibles de la Organización Panamericana de la Salud, en cuanto a Enfermedades No Transmisibles¹⁷, donde las de tipo cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial.

Ahora bien, volviendo al análisis de necesidades de la población a nivel nacional, la mayoría de estos motivos de consultas todavía permiten al paciente realizar el traslado con cierta condición de salud estable y no crítica para su atención, aunque podría igualmente encontrarse ante una situación de diagnóstico tardío de una enfermedad compleja, lo que vuelve a representar la importancia de acudir para la atención y realización de estudios preventivos, de ser posible lo más cercano a su residencia.

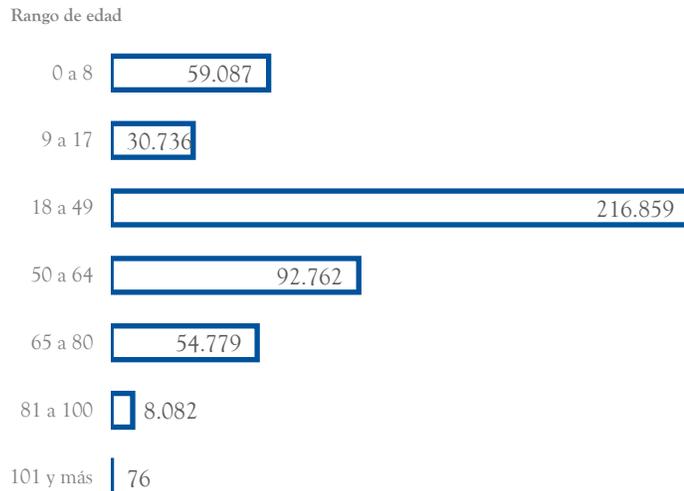
En este contexto, es relevante examinar la distribución de estas consultas por rango de edades, con el fin de establecer su relación con los motivos de consulta, lo cual revela la siguiente tendencia:

¹⁶[https://www.datos.gov.py/dataset/anuario-estad%C3%ADstico-2019-salud-y-bienestar-social/resource/b5980125-96e0-46ce-b73f#view-graph:{graphOptions:{hooks:{processOffset:{},bindEvents:{}}},currentView:!map,graphOptions:{hooks:{processOffset:{},bindEvents:{}}},view-map:{lonField:!De++6o++y++mas++anos,latField:!De++6o++y++mas++anos},map:{bounds:{_southWest:{lat:-0.0006705522537067439,lng:-0.0012204051017761233},_northEast:{lat:0.000670552253719466,lng:0.0012204051017761233}}}}}](https://www.datos.gov.py/dataset/anuario-estad%C3%ADstico-2019-salud-y-bienestar-social/resource/b5980125-96e0-46ce-b73f#view-graph:{graphOptions:{hooks:{processOffset:{},bindEvents:{}}},currentView:!map,graphOptions:{hooks:{processOffset:{},bindEvents:{}}},view-map:{lonField:!De++6o++y++mas++anos,latField:!De++6o++y++mas++anos},map:{bounds:{_southWest:{lat:-0.0006705522537067439,lng:-0.0012204051017761233},_northEast:{lat:0.000670552253719466,lng:0.0012204051017761233}}}})

¹⁷ El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo. Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Gráfico 16 Registro de las consultas salientes del Nivel IV, según rango de edad. Año

2022



Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Analizando el perfil de las pacientes consultantes que salen de su departamento de residencia para consultar por alta complejidad, y que han dejado registro de edad, se encuentra que 216.859 consultas (47% del total) corresponden a pacientes de la franja etaria entre 18-49 años, lo cual posee una alta representatividad sobre los motivos señalados anteriormente, principalmente en lo que respecta a mujeres en edad fértil que acuden a hospitales especializados para controles de maternidad (mayor frecuencia). Le sigue en importancia el rango de 50-64 años, con 92.762 consultas. Ambos rangos representan 67% del total.

Lo más destacable de esta revisión es que se identifica a adultos mayores que a pesar de su avanzada edad, se han movilizado a efectos de consultas, entre las cuales incluso se observa 76 consultas registradas por pacientes con 101 años y más. Los lugares de origen de los mismos corresponden a: 10 pacientes de Asunción/Central y, uno por cada uno de los siguientes departamentos: Alto Paraguay, Alto Paraná, Amambay, Cordillera e Itapúa. En general, las consultas de estas personas responden a dificultades respiratorias con necesidad de oxígeno inclusive, complicaciones de hipertensión arterial, caídas y realización de estudios.

Por otra parte, se atribuye una **menor proporción de salidas** cuando se trata de la población infantil y adolescente (19,4%) respecto a aquella considerada como joven y adulta (18 hasta 64

años), que podría atribuirse a varios factores propios de la edad, pero que además presenta cierta coincidencia con la existencia de Hospitales Maternos Infantiles a nivel descentralizado, y que atienden a la población de 0 a 17 años de edad, recordando que los mismos están clasificados como de alta complejidad, según la RIISS.

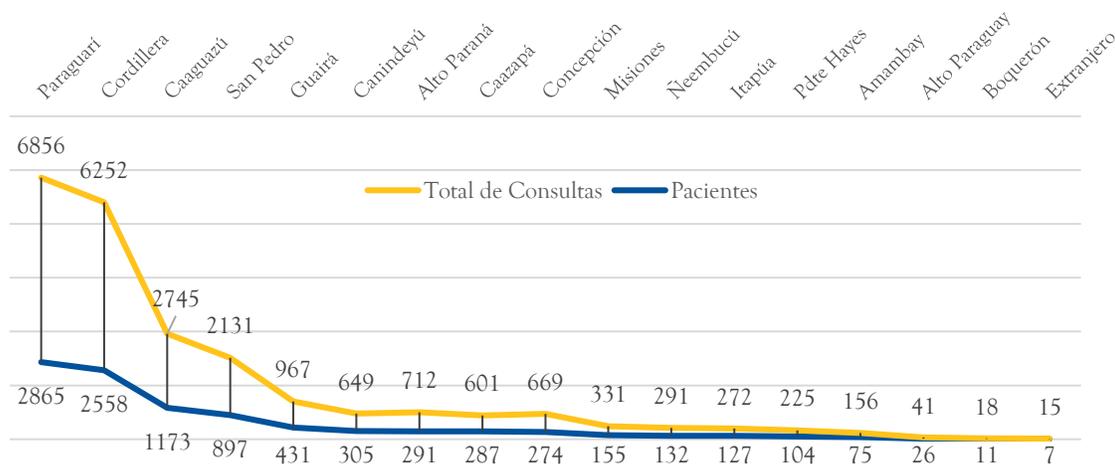
Lo anterior evidentemente no implica que sea suficiente la disponibilidad, pero al igual que otros aspectos, refuerza la teoría de que una mayor desconcentración de la infraestructura dirigida a la provisión de servicios especializados, aunque sea en puntos estratégicos o equidistantes entre sí, contribuyen para una mejor distribución territorial de la demanda de atención, logrando una mayor permanencia de habitantes locales, reducción de la distancia ante necesidad de traslados, y además permite descomprimir las áreas de alta concentración, **apuntando a alcanzar una eficiencia cada vez mayor del sistema.**

En ese sentido, teniendo en cuenta que el departamento Central junto a la capital son los mayores receptores de consultas cuando el grado de complejidad aumenta y con más razón cuando se aísla aquellas que representan al Nivel IV, a continuación, se presentan los dos establecimientos de mayor demanda en estos territorios:

- *Hospital Nacional de Itauguá/Departamento Central:* Uno de los centros asistenciales con mayor antigüedad y de referencia nacional de la población, dado que cuenta con 33 años desde su apertura oficial en noviembre del año 1990. En el mismo, se realizan tres tipos de asistencia: la preventiva, la curativa y la de rehabilitación. Durante la pandemia por Covid-19, su infraestructura ha sido ampliada con pabellones de contingencia para atender enfermedades respiratorias.

A este establecimiento acuden mayormente pacientes provenientes del departamento de Paraguarí, con 2.865 personas, que han realizado 6.856 consultas. Le siguen 2.558 personas de Cordillera, quienes realizaron 6.252 consultas, y la población de Caaguazú que se ubica en el 3er lugar en cuanto a demandantes, con 1.173 personas que han realizado 2.745 consultas.

Gráfico 17 Registro de consultas en el Hospital Nacional de Itauguá, en atención de Nivel IV



*Obs.: Se excluye las consultas de pacientes residentes en Asunción y Departamento Central

Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Un aspecto a destacar es la tendencia descendente que se puede observar entre la frecuencia de consultas por paciente en razón de su ubicación geográfica, interpretándose, según el comportamiento gráfico, que la población de departamentos colindantes o más cercanos al departamento Central, acuden con mayor frecuencia a dicho establecimiento de referencia nacional y especializada, por diferentes motivos de consulta, y un comportamiento contrario en el caso de aquellos pacientes que residen en áreas más alejadas de éste.

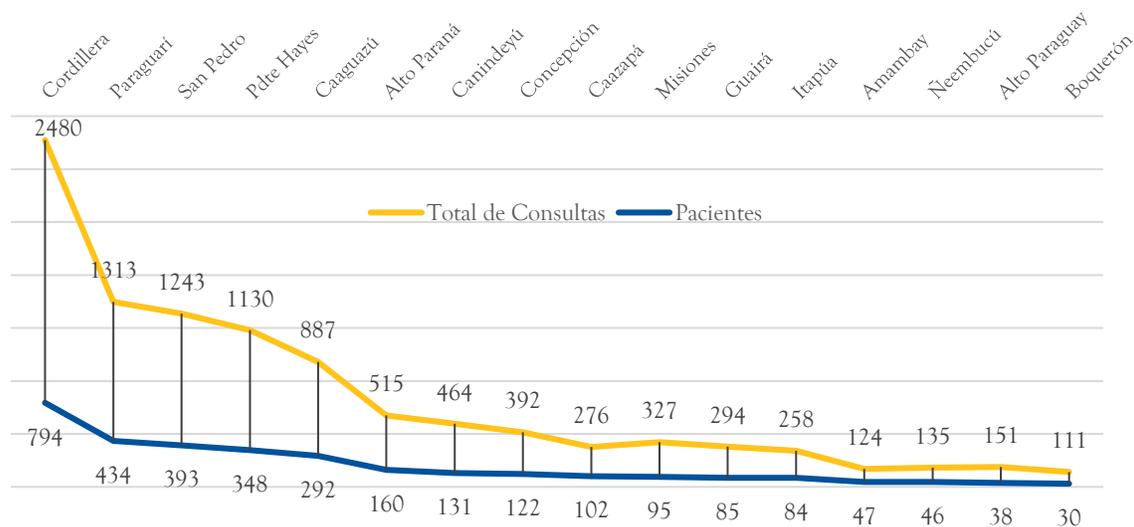
- *Instituto de Medicina Tropical/Asunción*: Es un establecimiento hospitalario especializado, que ofrece y aplica conocimientos, experiencias y procedimientos para el diagnóstico, tratamiento y prevención en infectología y parasitología. Como centro de referencia nacional realiza consultas, provee servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento y brinda hospitalización de corta estancia a pacientes provenientes de todo el país. Proporciona apoyo técnico especializado a los demás servicios del sistema regionalizado de servicios de salud¹⁸.

A este establecimiento, acudieron 794 personas del departamento de Cordillera y realizaron cerca de 2.480 consultas, le siguen los departamentos de Paraguarí con 434 personas quienes

¹⁸ Información disponible en el portal institucional: <https://www.mspbs.gov.py/imt>

realizaron 1.313 consultas y el departamento de San Pedro con 393 pacientes que realizaron 1.243 consultas.

Gráfico 18 Registro de consultas en el Instituto de Medicina Tropical, en atención de Nivel IV



*Obs.: Se excluye las consultas de pacientes residentes en Asunción y Departamento Central

Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

En lo que refiere a la cantidad de consultas por pacientes únicos que acuden a dicho establecimiento, según los datos recabados para el año 2022, pese a que la tendencia es similar a la demanda del Hospital Nacional de Itauguá, la cantidad de veces que vuelve a acudir el mismo paciente es mayor para este caso, a diferencia del anterior, lo cual podría estar fundamentado por la mayor especificidad de la atención que ofrece (infectología y parasitología), que restringe al paciente a acudir al mismo establecimiento, en razón del diagnóstico otorgado.

Por otra parte, del conjunto de establecimientos especializados como Nivel IV, cuentan con poca o nula frecuencia de consultas, el Centro Nacional del Quemado y Cirugías Reconstructivas (o), Hospital de Trauma – “Manuel Giagni” (1), Instituto Nacional de Nefrología (o). Esto se debe a que estos establecimientos son para atenciones de patologías ya diagnosticadas, y casi sin injerencia a nivel de consultas, lo cual es analizado en el siguiente apartado.

4.2 Análisis de internaciones registradas en establecimientos de salud.

Periodo 2018-2022

En forma complementaria al análisis de consultas, resulta indispensable verificar el comportamiento que han tenido los registros de internaciones a nivel nacional, siempre dentro del alcance cubierto por establecimientos del MSPBS, pues también representan una parte fundamental para la integralidad de la oferta de salud pública y más aún cuando se puntualiza sobre los servicios especializados, dado que en general suelen requerir de mayor capacidad instalada y espacio para responder a las necesidades y garantizar una adecuada atención a los usuarios.

Lo anterior será posible siempre y cuando se logre una distribución adecuada de la infraestructura, aclarando que, a diferencia de las consultas, que pueden ser de carácter ambulatorias incluso, la cobertura de internaciones depende más directamente del tipo de establecimiento disponible, al igual que el número de camas o lechos. Con respecto a este último, se tiene que al año 2022, se cuenta con 7.028 camas en el servicio de internación de las regiones sanitarias¹⁹, lo cual arroja un valor aproximado de 1,2 camas por cada 1000 habitantes, según la cantidad de habitantes del país para el mismo año²⁰.

Dicha cantidad, se distribuye en un total de 309 establecimientos de salud según los datos proveídos por el MSPBS, que incluyen aquellos con convenio vigente en el año 2022. Si se compara esta cantidad con los valores del año 2018, se verifica un aumento de 88 locales sanitarios que ya disponen con los servicios de internación y camas, dado que para el año 2018 se contaba con un total de 221, según el relevamiento de Indicadores de Recursos, Servicios y Cobertura por Regiones Sanitarias (MSPBS, 2019).

Este incremento de cierto modo acompañó la mayor demanda de servicios de salud, principalmente a causa de la pandemia por covid-19, que implicó una importante inversión entre los años 2020 y 2021 para infraestructura, equipamientos e insumos médicos, entre los cuales se destaca la adquisición de camas de terapia intensiva, que acorde a lo señalado en

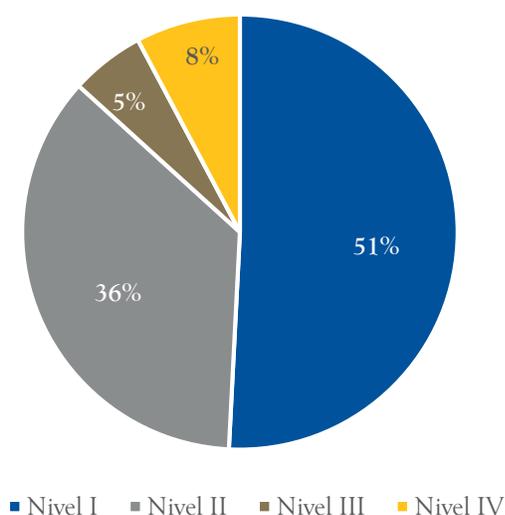
¹⁹ Según lo registrado en el Sistema de Movimientos Hospitalarios (SMH). Año 2022

²⁰ Censo Nacional de Población Año 2022

apartados anteriores, presenta un aumento de 71% respecto a la cantidad disponible en el año 2019²¹, pese a que en un 69,5% siguen concentradas en establecimientos de Asunción y Departamento Central.

Al aplicar la clasificación establecida en el Manual de la RISS, atendiendo a los tipos de establecimientos y los niveles donde recaen, se tiene que la mayor proporción de centros asistenciales con capacidad de internación corresponde a aquellos que ofrecen el primer nivel de atención (51%), que es categorizado como de baja complejidad.

Gráfico 19 Distribución de establecimientos con servicio de internación, según nivel de atención.

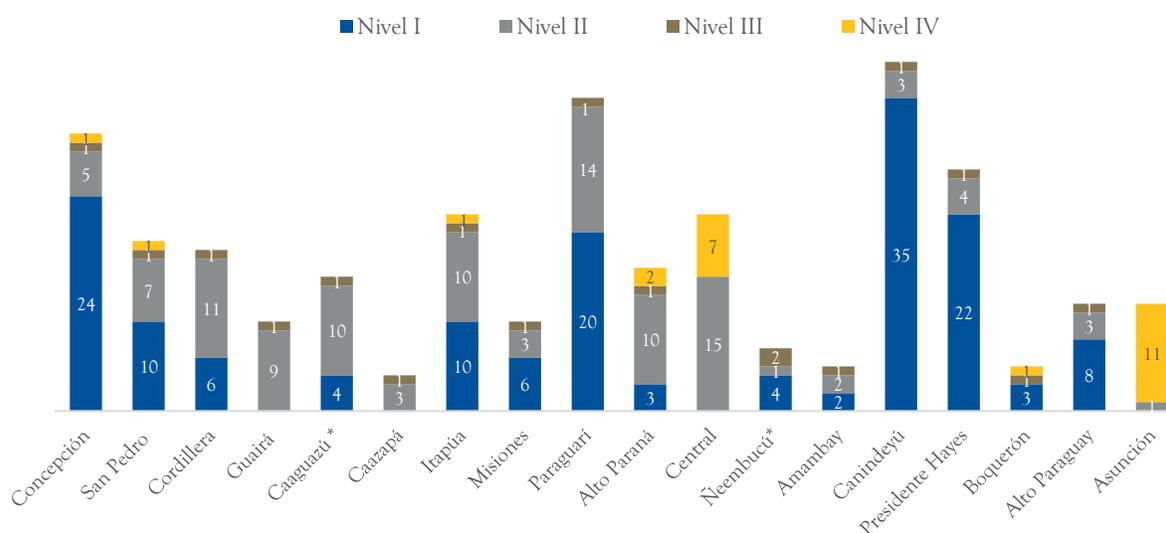


Fuente: MSPBS/ DIGIES. Servicio de Movimiento Hospitalario (SMH)

La ubicación de dichos establecimientos en todo el territorio nacional también viene representada con una alta descentralización en lo que respecta a servicios de internación para el nivel I, entre los que no se identifican al departamento de Central y Asunción; sin embargo, los mismos lideran o muestran una marcada concentración nacional al tomar la disponibilidad sólo para el nivel IV (46% Central y 29% Asunción), que ofrece un alcance nacional y servicios de alta complejidad.

²¹ Ver Pág. 25 del presente informe.

Gráfico 20 Número de establecimientos con servicio de internación, según nivel de atención



*Los datos corresponden a instituciones dependientes del MSPBS y los hospitales integrados durante la emergencia por Covid -19

Fuente: MSPBS/ DIGIES. Servicio de Movimiento Hospitalario (SMH)

En lo que respecta a los registros de movimiento de pacientes para fines de internaciones, se han registrado 239.627 internaciones durante el 2018, y un total de 239.416 al finalizar el año 2022. De este total, se identifica una pequeña proporción de registros incompletos respecto al origen o destino de los pacientes internados para los años de referencia, que equivalen a 991 datos (0,4%) para el año 2018 y 574 datos (0,2%) en el año 2022, por lo que se excluyen del análisis con miras a la objetividad.

De esta manera, la distribución exhibe para ambos periodos, una preponderancia en la cantidad de internaciones dentro del departamento de residencia de los pacientes, expresada en términos de permanencia, por sobre aquellas registradas como salidas, al presentarse en establecimientos no ubicados en su departamento de origen.

Asimismo, al comparar la variación entre las permanencias y salidas interanuales, se observa un leve aumento de las internaciones dentro del departamento de residencia de los pacientes (2,3%); y una disminución superior respecto a las salidas de pacientes por necesidad de internaciones (11,8%).

Gráfico 21 Registro de Internaciones. Año 2018 y 2022



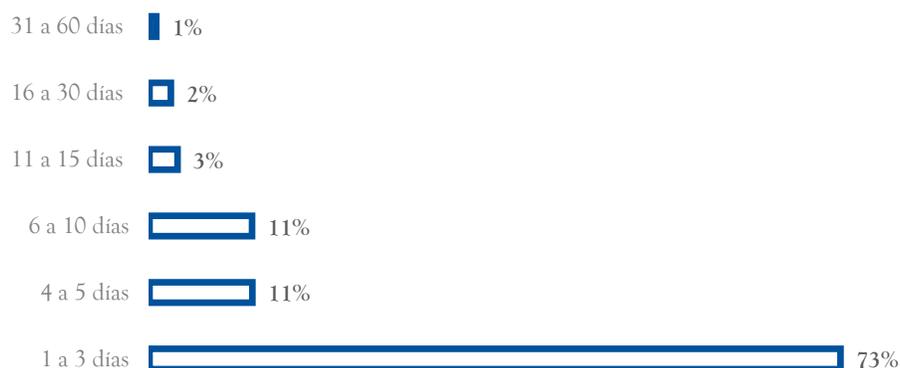
Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Acorde a la mayor disponibilidad de establecimientos con servicio de internación dentro del primer nivel de atención, este cambio en los registros podrían atribuirse al mismo factor mencionado para las consultas de pacientes, es decir, los establecimientos de baja complejidad han recibido importantes inversiones para fortalecer su cobertura, en términos de incorporación de nuevas instalaciones e incluso mejoras de la infraestructura disponible para ofrecer servicios ampliados, entre ellos, la capacidad para internación de pacientes en: unidades de salud familiar, puestos de salud e incluso dispensarios ubicados dentro del primer nivel de atención, según el conjunto de datos verificados, y, que permite reforzar la hipótesis, también planteada con anterioridad, de que existiría una relación entre el comportamiento de pacientes y la inversión realizada en las instalaciones del Ministerio de Salud, vinculadas al primer nivel, vistas en este apartado sobre la capacidad de internaciones.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos al desglosar y cruzar los datos según el origen y destino de pacientes, que registraron internaciones fuera de su área de residencia durante el año 2022, omitiendo los registros originados por residentes del departamento Central y Asunción, bajo la misma lógica que el apartado de consultas.

Gráfico 22 Internaciones registradas según origen y destino del paciente. Año 2022

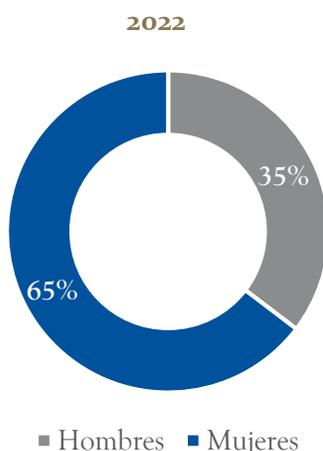
Gráfico 23 Intervalo de días de internación. Año 2022



Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

En forma complementaria, las internaciones registradas por las personas que salieron de su departamento de origen, según el sexo de los pacientes, muestran una mayor demanda de mujeres, que llega al 65% de participación, en tanto que, los hombres representan el 35%.

Gráfico 24 Internaciones fuera del área de residencia del paciente, según sexo. Año



Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

De hecho, en las estadísticas a nivel nacional referente a salud, en general señalan que, las mujeres históricamente son las que más utilizan el servicio de consultas médicas, lo que sugiere de cierta forma que están más dispuestas a acudir a los centros asistenciales con cierta regularidad para sus controles, detección temprana de enfermedades, etc., y por ende, tendría una relación estrecha con el número de internaciones que registran.

4 Conclusiones y Recomendaciones

Enmarcado en lo que establece la Política Nacional de Salud, vigente para el periodo 2015-2030, los retos identificados por el ente rector en materia de salud, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), hacen hincapié en la necesidad de reducir sosteniblemente los gastos de bolsillo y garantizar beneficios similares para todos los grupos de población, entre otros aspectos.

De cierta forma, lo anterior guarda relación con las estadísticas disponibles, que actualmente muestran una alta dependencia poblacional hacia el sistema de salud pública, dado que el 72,7% de la población del país no cuenta con seguro médico, e incluso el 3,4% de las personas que sí lo poseen acudieron a los establecimientos dependientes del MSPBS al menos en una ocasión, según datos recabados para el año 2022.

En el mismo año, a través del ministerio y aquellos con los que posee convenios para la atención gratuita, se brindó cobertura de consultas a un poco más de la mitad de la población (52,2%), registrándose un total de 10.654.760 consultas en todos los niveles de atención, por un total de 3.190.739 personas, obteniendo un promedio de 3,4 consultas por persona.

Para brindar dicha cobertura, la red de establecimientos dependientes del MSPBS contó con un total de 1.487 centros asistenciales (hasta el año 2022), a los que se suman otros mediante convenios vigentes para apoyo a la cobertura gratuita o casi gratuita. Asimismo, se cuenta con 7.028 camas en el servicio de internación de las regiones sanitarias, lo cual arroja un valor aproximado de 1,2 camas por cada 1000 habitantes, según la cantidad de habitantes del país para el mismo año.

Sin embargo, posterior al análisis desglosado por tipo de establecimiento y la distribución geográfica, se pudo notar que los establecimientos de salud varían considerablemente según su tipo y, especialmente, en función de los niveles de atención en los que se agrupan.

Resulta evidente que se prioriza una cobertura nacional del primer nivel de atención, caracterizado por su baja complejidad. Por su parte, podría decirse que aún resulta insuficiente para otros niveles de atención, debido a las marcadas concentraciones en territorio, especialmente cuando se trata de servicios especializados y de alta complejidad,

que incluyen, por ejemplo, subespecialidades médico-quirúrgicas, especialidades concretas para afecciones poco prevalentes o la atención y tratamiento de patologías complejas que requieren procedimiento especializado y de alta tecnología.

Del total de personas que consultaron, aproximadamente 661 mil personas acudieron a establecimientos fuera de sus departamentos de residencia, 70% de los cuales lo hizo en búsqueda de una atención compleja y especializada de Nivel IV. Con estos valores, aproximadamente 460 mil personas de áreas descentralizadas recurrieron a establecimientos ubicados mayormente en el Departamento Central (61%) y Asunción (38,2%), según la información cruzada entre el origen y el destino del paciente.

En ese sentido, el análisis de las consultas según el nivel de atención muestra que la mayoría de las consultas se realizan en el primer nivel, lo que indica una mayor utilización de estos servicios. Sin embargo, al observar nuevamente los datos según el origen del paciente, se evidencia una búsqueda inversa de niveles de atención, con un porcentaje significativo de consultas realizadas fuera del departamento de residencia, buscando servicios de tercer y cuarto nivel, lo que sugiere una necesidad de mayor disponibilidad de servicios especializados a nivel local.

Esta falta de mejor descentralización en cuanto a requerimientos de consultas en el cuarto nivel, indica que aproximadamente 1 de cada 10 personas tiene que trasladarse desde su departamento de residencia para consultar en Asunción y departamento Central, según la identificación y ubicación del tipo de establecimiento de destino, con las implicancias en cuanto al gasto del bolsillo, agregando que se registra en promedio unas 3 consultas por paciente. Al observar la información según rango de edades, se encuentra que las personas de 18 a 64 años son quienes más veces han consultado, representando el 69% del total.

En forma similar a las consultas, se ha comprobado con los registros del servicio de internaciones que, al parecer, existe una relación positiva entre la inversión y la permanencia de los pacientes, según el nivel de atención, pues, a medida que se priorizó una mayor inversión en el nivel I en los últimos 5 años, se redujeron los registros de salidas de las personas en búsqueda del mismo nivel de atención. Por otra parte, la población sólo recurrió a un mayor traslado, en el caso del nivel IV, que a la fecha no cuenta con nuevos centros habilitados, pues si bien se identifican, están en proceso de obra.

Es importante mencionar igualmente, que existen casos aislados donde se da una mejor distribución de la demanda de alta complejidad, para algunos departamentos que cuentan con al menos un servicio de dicho nivel, y que ha permitido la desconcentración de una parte de la población demandante, según el rango etario, por ejemplo, Hospitales Materno Infantiles.

Cabe resaltar que esta situación de necesidad de una mejor distribución de establecimientos para atenciones especializadas ya fue tenida en cuenta y mencionada en el Plan Estratégico Institucional de Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del año 2019, en el que expresa lo siguiente: “La infraestructura edilicia es deficiente e insuficiente, existe déficit de equipamientos de alta complejidad y de recursos humanos”.

Las limitantes respecto a la infraestructura y capacidad de atención, reflejan la misma tendencia sobre la distribución de vínculos médicos, que dependen de su existencia para prestar sus servicios, mostrándose igualmente un exceso de oferta en las mismas áreas de concentración, es decir, Departamento Central y Capital del país; lo que proporciona fundamentos para adentrarse al análisis de inversiones y su incidencia para una mayor cobertura y eficiencia de los servicios a nivel descentralizado.

En ese sentido, la revisión a nivel presupuestario de las inversiones destinadas para infraestructura de salud, denota importantes avances en el periodo 2018-2022, entre las cuales, como ya se señalaba anteriormente, destacan aquellas realizadas en el Nivel I, que incluyen atenciones de baja complejidad, así como actividades preventivas a nivel comunitario, y por ello, es considerado como el servicio de salud más cercano a la población. Gran parte de estas inversiones, se han dado para construcción y ampliación de USF's, puestos y centros de salud, que han contribuido a una mayor permanencia de los pacientes para la atención del primer, segundo y hasta el tercer nivel (hospitales regionales que reciben pacientes derivados de los niveles previos, pero dentro de su mismo departamento) entre los años de referencia.

No obstante, este esfuerzo aún no es suficiente para hablar de una descentralización integral, principalmente cuando se avanza hacia los demás niveles de atención que llegan hasta el cuarto nivel. Los datos dan cuenta, de que si las personas necesitan una atención especializada necesariamente deben trasladarse a la Capital o al Departamento Central, lo que las obliga en

muchos casos a enfrentar gastos elevados para recibir atención, y esto guarda una relación directa con la disponibilidad de infraestructura y capacidad instalada.

Bajo esta misma lógica, los proyectos incorporados para una mayor descentralización de servicios más complejos, llevados adelante principalmente por el MOPC, han mostrado importantes desembolsos, sustentados en el alcance de cada uno de éstos, pero que aún no permiten analizar el efecto directo que generan, dado que siguen en proceso de construcción o avance de obra, pero que a priori, podrían incidir en un comportamiento similar de los pacientes.

A pesar de lo señalado, se tiene como aspecto positivo, el comportamiento global ascendente que ha mostrado el monto destinado a inversiones en infraestructura durante el periodo 2018-2022, llegando a un valor total de G. 3 billones, que denota una variación del 145% en el monto destinado a inversiones para el año 2022 respecto al 2018.

Finalmente, tomando en consideración los resultados observados en el análisis para el registro de primer nivel y las decisiones de permanencia de personas, se estima que las inversiones realizadas en el periodo 2018-2022 redundaron en un mayor acceso de la población y posiblemente en un menor nivel del gasto de bolsillo por traslados y otros vinculados a la estadía fuera de su área de residencia.

Es evidente la necesidad de intensificar esfuerzos para garantizar un acceso equitativo al sistema de salud. Esto cobra mayor relevancia al considerar que, entre los hogares pobres, el gasto de bolsillo representa a 4,9 días de consumo bienes y servicios, y a 11,5 días de alimentación²². Estos datos subrayan la urgencia de abordar las disparidades en el acceso a la atención médica.

Con base en el análisis de todos estos datos y las preferencias observadas en la población, los mismos sugieren la existencia de una posible correlación positiva entre la inversión en infraestructura en un nivel de atención y la reducción de la necesidad de que los pacientes

²² Ver en: Asociación entre gastos de bolsillo de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014, recuperado de: <https://repositorio.conacyt.gov.py/bitstream/handle/20.500.14066/3790/PINV18-672art.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

busquen atención fuera de su departamento de residencia, que fomenta una mayor eficacia en la cobertura de servicios.

Es plausible que tanto la inversión ya en curso para la construcción de los nuevos hospitales de nivel III y IV, como una eventual concentración de futuras inversiones en la misma dirección, incluso mediante la mejora o ampliación de los establecimientos actuales con capacidad instalada, especialmente en ubicaciones estratégicas equidistantes entre sí, probablemente produciría un efecto análogo al observado en niveles de atención inferiores. Este enfoque fortalecería la descentralización en la cobertura de atención de alta complejidad.

En estos casos, la población tiende a acudir al establecimiento más cercano para recibir atención. Esta estrategia potencialmente resultaría en una mayor eficiencia operativa del sistema de salud y en un mayor bienestar general de la población.

Bibliografía

Congreso de la Nación Paraguaya. (1992). Ley N° 1032 *Que crea el Sistema Nacional de Salud*. Asunción.

Congreso de la Nación Paraguaya. (2020). Ley N° 6524 *Que declara estado de emergencia en todo el territorio de la República del Paraguay ante la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud a causa del Covid-19 o coronavirus y se establecen medidas administrativas, fiscales y financieras*. Paraguay.

Congreso de la Nación Paraguaya. (1992). Constitución Nacional de la República del Paraguay. Asunción.

Dirección General de Presupuesto, S. d. (2022). *Capital Humano y Diseño Estratégico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*. Asunción.

Gaete, R. (2017). *Financiamiento de la cobertura universal de salud en Paraguay*. Asunción: Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP.

Gómez&Escobar. (2021). *Alcance de la Salud Pública en Paraguay y sus Desafíos*. Asunción: Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP.

Instituto Nacional de Estadística. (2022). Encuesta Permanente de Hogares Continua. Asunción. Obtenido de <https://atlasgenero.ine.gov.py/detalle-indicador.php?id=48&year=2022>

Mancuello Alum & Cabral de Bejarano. (2011). *Sistema de Salud de Paraguay*. Revista Salud Pública Paraguay, 13-25.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2016). *Política Nacional de Salud 2015-2030*. Asunción: Etigraf S.R.L.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2019). *Manual de organización de los servicios de salud en el marco del RIISS*. Asunción: Goiriz Imagen & Cía.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2019). *Indicadores Básicos de Salud*. Asunción.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2019). *Plan Estratégico Institucional 2019-2023*.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2021). Balance Anual de Gestión Pública. Asunción.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2022). Balance Anual de Gestión Pública. Asunción.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2023). Informe de Gestión 2021-2023. Asunción: Mediatica S.R.L.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2023). Obtenido de <https://www.mspbs.gov.py/portal/18842/en-paraguay-contamos-con-cuatro-tipos-de-unidades-de-salud-de-la-familia-iexclconocelos.html>

Rozas & Sánchez. (2004). Desarrollo de infraestructura y crecimiento económico: revisión conceptual.

Anexos

Anexo 1 Detalle de actividades realizadas por Gobiernos Departamentales para inversión en Salud.

Ejecución en millones de guaraníes						Total
Gobiernos Departamentales (G.D.)	2018	2019	2020	2021	2022	
G. D. Concepción	1.120	250	793	1.995	1.726	4.158
Equipamientos a los centros de salud			593	820	397	1.413
Construcción, ampliación, refacción de centros de salud			200	1.175	1.329	1.375
Puestos de salud construidos	1.120	250				1.370
G. D. San Pedro	1.463	1.663	3.991	6.041	4.124	13.158
Construcción de puestos de salud			871	1.500	3.859	2.371
Mantenimiento y refacción de servicios de salud			3.120	4.541	264	7.662
Puestos de salud construidos	1.463	1.663				3.126
Equipamiento de servicios de salud			0			0
G. D. Cordillera	230	911	2.130	6.086	1.342	9.358
Construcción, reparación y equipamiento de puestos de salud			2.130	6.086	1.342	8.217
Puestos de salud construidos	206	107				313
Puestos de salud construidos (RY)			350			350
Puestos de salud ampliados y reparados (RY)			200			200
Puestos de salud equipados	24	254				278
G. D. Guairá	0	355	3.776	4.532	989	8.664
Construcción, ampliación y/o refacción de los servicios de salud			3.576	4.332	841	7.908
Equipamientos de servicios de salud			200	200	148	400
Puestos de salud construidos (RY)		355				355
G. D. Caaguazú	1.671	2.504	4.919	4.483	1.446	13.577
Ampliación y refacción edilicia de los servicios de salud			4.475	3.540	1.179	8.015
Equipamiento de los servicios de salud			444	943	267	1.387
Puestos de salud construidos	1.445	2.314				3.759
Puestos de salud equipados	226	190				416
G. D. Caazapá	500	750	5.168	2.497	2.460	8.915
Construcción de hospitales y centros especializados			5.168	2.497	2.460	7.665
Puestos de salud construidos	500	0				500
Puestos de salud construidos (RY)		750				750
G. D. Itapúa	0	0	1.592	4.891	319	6.483
Ampliación de servicios salud			1.115	4.891	319	6.006
Mantenimiento y refacción de servicios de salud			477		0	477
G. D. Misiones	224	3.799	3.296	4.891	3.399	12.210
Ampliación de servicios salud			3.296	4.891	3.399	8.187
Obras de infraestructura entregadas		133				133
Puestos de salud equipados	224	1.466				1.690
Puestos de salud ampliados y reparados (RY)		200				200
Infraestructura de los puestos de salud mejorados (RY)		2.000				2.000
G. D. Paraguari	848	1.774	6.451	7.135	433	16.208
Apoyo económico a los servicios de salud			6.451	7.135	433	13.586
Puestos de salud ampliados y reparados	848	1.774				2.622
G. D. Alto Paraná	0	360	11.046	6.743	9.146	18.149
Construcción y ampliación de servicios de salud			2.703	1.697	6.460	4.400
Equipamiento de servicios de salud			746	1.784	979	2.530
Mantenimiento y refacción de servicios de salud			7.597	3.262	1.707	10.859
Puestos de salud ampliados y reparados (RY)		360				360
G. D. Central	965	925	6.297	2.244	159	10.431
Mantenimiento y/o refacción de servicios de salud			6.297	2.244	159	8.541
Puestos de salud ampliados y reparados	965	925				1.890
G. D. Ñeembucú	50	13	6.297	7.896	14.594	14.256
Mantenimiento y refacción de servicios salud			6.297	7.896	14.594	14.193
Puestos de salud equipados	50	13				63
G. D. Canindeyú	933	2.293	4.277	7.678	5.651	15.181
Construcción, ampliación y refacción de los servicios de salud			4.277	7.678	5.651	11.955
Puestos de salud construidos	933	2.293				3.226
G. D. de Presidente Hayes	0	0	10.033	11.911	6.336	21.944
Ampliación de servicios de salud			6.448	8.945	2.215	15.393
Mantenimiento y refacción de los servicios de salud			3.585	2.966	4.121	6.551
G. D. de Boquerón	0	791	0	3.290	1.460	4.081
Ampliación de servicios de salud			0	3.133	896	3.133
Mantenimiento y refacción de servicios de salud			0	157	563	157
Puestos de salud construidos	0	283				283
Puestos de salud ampliados y reparados (RY)		508				508
G. D. de Alto Paraguay	794	603	794	794	2.101	2.984
Construcción y mejoramiento de puestos de salud			794	794	2.101	1.588
Puestos de salud construidos	794	603				1.397
Total Anual	8.797	16.991	70.861	83.108	55.683	179.756

*Para el G.D. de Amambay sólo se encontró gastos destinados a asistencia/ provisión de medicamentos

Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera, Informe de Control y Evaluación Resumido.

Anexo 2 Número de consultas registradas fuera del área de residencia del paciente, según origen y destino. Año 2022

Destino de consulta/ establecimiento	Departamento	Origen del Paciente consultante/ Residencia																		Total consultas según destino	
		Concepción	San Pedro	Cordillera	Guaira	Caaguazu	Caazapa	Itapua	Misiones	Paraguari	Alto Parana	Central	Ñeembucu	Amambay	Canindeyu	Presidente Hayes	Boqueron	Alto Paraguay	Asunción		Extranjero
	1- Concepción		707	37	12	21	4	16	57	18	498	1.544	19	393	16	919	343	128	320	34	5.086
	2- San Pedro	869		340	51	681	56	27	79	44	966	3.580	38	725	514	40	205	5	725	13	8.958
	3- Cordillera	80	333		133	910	123	72	139	2.095	911	12.686	73	59	87	90	81	65	1.890	50	19.877
	4- Guaira	39	170	183		4.145	2.745	153	72	897	601	727	16	16	82	8	29	36	206	114	10.239
	5- Caaguazu	101	1.976	912	1.089		428	69	123	169	3.768	2.907	41	100	539	54	389	99	789	47	13.600
	6- Caazapa	37	61	49	1.714	160		1.080	71	38	922	701	19	9	9	2	36	18	183	16	5.125
	7- Itapua	51	47	89	138	94	916		1.180	44	2.326	1.195	124	37	23	24	55	43	305	36	6.727
	8- Misiones	147	77	112	45	61	37	987		1.575	442	1.548	938	19	12	18	58	10	506	34	6.626
	9- Paraguari	18	75	1.959	588	86	42	47	429		452	3.983	96	5	16	20	36	13	646	12	8.523
	10- Alto Parana	59	223	228	320	4.268	1.759	653	173	107		1.731	104	41	502	24	49	59	579	47	10.926
	11- Central	4.711	14.674	31.288	5.461	15.147	3.672	2.879	3.220	23.194	7.263		2.571	1.597	3.988	6.041	1.244	2.705	84.031	285	213.971
	12- Ñeembucu	15	34	36	2	27	13	47	249	18	111	638		4	10	8	24	1	175	21	1.433
	13- Amambay	1.158	1.137	18	4	15	5	3	8	10	228	273	37		51	20	51	80	89	86	3.273
	14- Canindeyu	28	825	100	64	259	33	21	42	18	2.685	1.144	52	26		54	62	10	252	22	5.697
	15- Presidente Hayes	283	117	248	39	33	23	26	74	50	152	3.871	38	14	35		654	63	934	34	6.688
	16- Boqueron	34	28	46	10	26	3	10	22	4	64	347	34		11	1.361		84	73	13	2.170
	17- Alto Paraguay	79	11	1	3		1	3	5	1	42	322	1	1	2	30	71		88	87	748
	18- Asunción	1.694	5.179	10.467	1.594	4.529	1.229	988	1.106	5.181	3.924	284.583	660	1.670	1.586	4.040	1.012	1.841		79	331.362
	Total consultas según origen	9.403	25.674	46.113	11.267	30.462	11.089	7.081	7.049	33.463	25.355	321.780	4.861	4.716	7.483	12.753	4.399	5.260	91.791	1.030	661.029

Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Anexo 3 Número de consultas de nivel IV, registradas fuera del área de residencia del paciente, según origen y destino. Año 2022

Departamento	Origen del Paciente/ Residencia																			Total consultas según destino
	Concepción	San Pedro	Cordillera	Guaira	Caaguazu	Caazapa	Itapua	Misiones	Paraguari	Alto Parana	Central	Ñembucu	Amambay	Canindeyu	Presidente Hayes	Boqueron	Alto Paraguay	Asunción	Extranjero	
1- Concepción		5						2	3	14	63	1	1			9		7		105
2- San Pedro	572		25	5	31	3	7	5	4	36	113		712	324	1	7	5	57	2	1.909
3- Cordillera																				0
4- Guaira																				0
5- Caaguazu																				0
6- Caazapa																				0
7- Itapua	5	2	1	9	1	46		127	2	36	20	8		2	1	2		18	3	283
8- Misiones																				0
9- Paraguari																				0
10- Alto Parana			12		837		15	2	2		96	7		1				18		990
11- Central	4.304	13.565	24.024	5.051	14.439	3.353	2.644	2.748	17.590	5.562		1.943	1.457	3.663	3.819	997	2.317	69.229	83	176.788
12- Ñembucu																				0
13- Amambay																				0
14- Canindeyu																				0
15- Presidente Hayes																				0
16- Boqueron	10	3	1	3	5		1	1	3	3	19				216		33	3	12	313
17- Alto Paraguay																				0
18- Asunción	1.368	4.192	8.866	1.276	3.902	1.029	759	832	4.115	3.064	243.206	513	1.489	1.347	3.338	871	1.811		44	282.022
Total consultas según origen	6.259	17.767	32.929	6.344	19.215	4.431	3.426	3.717	21.719	8.715	243.517	2.472	3.659	5.337	7.375	1.886	4.166	69.332	144	462.410

Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.

Anexo 4 Número de Camas disponibles por servicio de internación, según Regiones Sanitarias. Año 2022

Regiones Sanitarias	Servicio de internación													Total por Región Sanitaria
	Terapia					Maternidad	Cirugía	Pediatria	Neonatología	Clínica Médica	Traumatología	Respiratorio	Otros servicios	
	Neonatal	Pedriatica	Adulto	Respiratorio	Total									
1. Concepción	0	0	6	0	6	83	24	28	24	35	6	32	0	238
2. San Pedro	6	0	4	0	10	68	43	52	17	76	3	27	0	296
3. Cordillera	8	0	8	0	16	65	13	36	10	50	0	0	59	249
4. Guairá	0	0	6	0	6	39	9	28	13	53	4	0	5	157
5. Caaguazú *	6	0	16	0	22	61	22	35	13	62	10	26	18	269
6. Caazapá	0	0	11	0	11	45	14	22	12	44	6	0	3	157
7. Itapúa	6	8	13	9	36	145	48	134	35	160	15	5	28	606
8. Misiones	4	0	14	0	18	41	22	43	9	65	0	22	6	226
9. Paraguari	0	0	8	0	8	66	13	41	14	142	0	52	28	364
10. Alto Paraná	8	0	22	0	30	135	55	82	41	87	9	0	30	469
11. Central	35	45	63	106	249	277	246	277	110	312	33	126	338	1.968
12. Ñeembucú*	0	0	0	0	0	22	4	12	7	23	2	7	0	77
13. Amambay	0	0	8	0	8	25	16	18	5	29	0	26	11	138
14. Canindeyú	0	0	0	0	0	33	18	18	6	88	0	12	0	175
15. Presidente Hayes	6	0	8	0	14	59	6	25	12	49	0	0	0	165
16. Boquerón	0	0	0	0	0	19	3	12	5	10	2	22	4	77
17. Alto Paraguay	0	0	0	0	0	12	2	6	0	23	1	15	0	59
18. Asunción	23	18	103	29	173	140	54	87	70	80	73	0	661	1.338
Total según servicio	102	71	290	144	607	1.335	612	956	403	1.388	164	372	1.191	7.028

Fuente: MSPBS/DIGIES/DES. Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH).

*Los datos corresponden a instituciones dependientes del MSPBS y los hospitales integrados durante la emergencia nacional por la pandemia Covid -19

Anexo 5 Número de internaciones registradas fuera del área de residencia del paciente, según origen y destino. Año 2022

Destino de internación/ establecimiento	Departamento	Origen del Paciente internado/ Residencia																	Total consultas según destino	
		Concepción	San Pedro	Cordillera	Guaira	Caaguazu	Caazapa	Itapua	Misiones	Paraguari	Alto Parana	Central	Ñeembucu	Amambay	Canindeyu	Presidente Hayes	Boqueron	Alto Paraguay		Asunción
1- Concepción			168	10	5	4	3	6	3	3	46	110	1	127	11	150	37	234	29	947
2- San Pedro	178			21	14	88	8	10	3	5	28	118	4	178	275	8	7	2	31	978
3- Cordillera	4	23			5	76	3	7	3	140	15	327	1	2	6	8	6		30	656
4- Guaira	1	14	8			136	109	10	12	63	50	65		2	3	1	1	1	14	490
5- Caaguazu	6	529	39	145			27	8	1	22	117	85	1	1	129	7		1	17	1.135
6- Caazapa		1	6	263	16			72	1	17	24	25				1			4	430
7- Itapua	5	5	5	17	18	132			120	16	122	71	11	4	6	2	3		19	556
8- Misiones	4	11	16	4	11	5	255			95	17	60	98		7	5	7		29	624
9- Paraguari	6	11	206	42	29	8	6	13			24	230	7	3	7	4	3		48	647
10- Alto Parana	30	54	30	39	516	194	116	8	30			42	2	8	147	3		1	20	1.240
11- Central	245	843	1.529	357	767	251	268	195	1.099	367			156	88	265	370	97	64	2.084	9.045
12- Ñeembucu		1	3	1	1	1	4	10	1	2	16				1				8	49
13- Amambay	270	52	3		6	1		2	1	14	31	1		6	1	2	31	5		426
14- Canindeyu	1	79	10	5	46	3	3	3	2	75	22	1	2		2		1	6		261
15- Presidente Hayes	33	21	9	1	6	3	5		5	3	135	1		1		66	11	26		326
16- Boqueron	3	1			1			1	1		2			4	102		20	2		137
17- Alto Paraguay	45	6	2	1		1	1	1		2	16				4	1		1		81
18- Asunción	209	584	714	211	520	198	169	132	418	395	10.184	72	89	206	369	71	39			14.580
Total	1.040	2.403	2.611	1.110	2.241	947	940	508	1.918	1.301	11.539	356	504	1.074	1.037	301	405	2.373		32.608

Fuente: MSPBS/ Dirección General de Información Estratégica en Salud.



GOBIERNO DEL
PARAGUAY

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y FINANZAS



PpR Presupuesto
por Resultados

Dirección General de Presupuesto
Viceministerio de Administración Financiera



dgp@hacienda.gov.py



www.hacienda.gov.py