

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

PROGRAMA UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA

PERIODO DE EVALUACION NOVIEMBRE 2008-DICIEMBRE2010

MINISTERIO DE HACIENDA- DIRECCION GENERAL DE PRESUPUESTO

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE EJECUCION Y EVALUACION
PRESUPUESTARIA

Marzo-Mayo 2011

**Dr. José Guillermo Monroy Peralta
Dra. Jazmín Villagra Carrón
Mtra. María Magdalena Molinas Maldonado.
Lic.Tania María Biedermann Villagra**

20 de junio 2011

Contenido

<u>Contenido</u>	2
<u>RESUMEN EJECUTIVO</u>	9
<u>EVALUACIÓN A UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA 2008-2010</u>	19
<u>1.1. Descripción del Programa</u>	19
<u>1.2. Objetivos del Programa a nivel de fin y propósito</u>	20
<u>1.3. Justificación del Programa</u>	21
<u>1.4. Política global y/o sectorial a la que pertenece el Programa</u>	23
<u>1.5. Descripción de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el Programa</u>	24
<u>1.6. Procesos de producción de los componentes</u>	30
<u>1.6.1. Flujogramas con las actividades involucradas</u>	30
<u>1.6.2. Modalidades de producción de bienes y/o servicios</u>	32
<u>1.6.3. Funciones Generales del Equipo de Salud de la Familia</u>	32
<u>1.6.4. Identificación de participación ciudadana</u>	33
<u>1.6.5. Especificación de responsabilidades directas y delegadas a terceros (privados o públicos)</u>	34
<u>1.6.6. Criterios de focalización y mecanismos de selección de beneficiarios del Programa</u>	34
<u>1.6.7. Instrumentos y procedimientos diseñados para cada componente del Programa</u>	35
<u>1.6.8. Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago a beneficiarios intermedios o finales</u>	36
<u>1.6.9. Mecanismos diseñados para recuperación de gastos total o parcial y aportes a terceros</u>	36
<u>1.7. Caracterización y cuantificación de población potencial</u>	37
<u>1.8. Caracterización y cuantificación de población objetivo</u>	37
<u>1.9. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación</u>	38
<u>1.10. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable</u>	42
<u>1.11. Reformulaciones del Programa</u>	52
<u>1.12. Otros programas relacionados</u>	52

<u>1.13. Antecedentes Presupuestarios</u>	55
<u>II. TEMAS DE EVALUACION</u>	57
<u>1. DISEÑO DEL PROGRAMA</u>	57
<u>1.1 Diagnóstico de la situación inicial</u>	57
<u>1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico</u>	59
<u>1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico</u>	61
<u>1.4. Reformulaciones del Programa a nivel de Diseño</u>	64
<u>2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA</u>	65
<u>2.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa</u>	65
<u>2.1.1 Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al interior de la Institución Responsable.</u>	65
<u>2.2. Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes</u>	71
<u>2.3 Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago</u>	72
<u>2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable</u>	73
<u>3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA</u>	75
<u>3.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Eficacia y Calidad del Programa</u>	75
<u>3.1.1 Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de Componentes</u>	75
<u>3.2. Desempeño del Programa a nivel de Propósito</u>	84
<u>3.2.1. Análisis de Cumplimiento del Propósito</u>	84
<u>3.2.2. Beneficiarios Efectivos del Programa</u>	93
<u>3.2.3 Análisis de Cobertura</u>	94
<u>3.2.4. Focalización del Programa</u>	95
<u>3.2.5. Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos</u>	97
<u>3.3. Desempeño del Programa a nivel de Fin</u>	97
<u>4. RECURSOS FINANCIEROS</u>	99
<u>4.1 Porcentaje del presupuesto ejecutado respecto al Plan Financiero asignado.</u>	99

<u>4.2. Análisis de eficiencia actividades y/o componentes</u>	100
<u>4.2.1 Costos de instalación y funcionamiento USF</u>	100
<u>4.2.2 Costo de Promedio Mensual de Recursos Humanos USF</u>	100
<u>4.2.3 Costos por Consulta y visitas domiciliarias</u>	101
<u>4.2.4 Distribución del Presupuesto por Categoría de Gasto</u>	102
<u>4.3. Economía</u>	103
<u>4.3.1. Ejecución presupuestaria del Programa</u>	103
<u>4.3.2. Análisis sobre Plan financiero inicial y final 2009-2010</u>	103
<u>4.3.3 Ejecución presupuestaria trimestral 2009-2010</u>	104
<u>4.3.4 Distribución Presupuestaria por Actividades</u>	105
<u>4.3.5. Aportes de Terceros</u>	106
<u>4.3.6. Recuperación de Gastos</u>	106
<u>5. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA</u>	106
<u>5.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa</u>	107
<u>6. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD</u>	109
<u>6.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Justificación de la Continuidad del Programa</u>	109
<u>7. Conclusiones y Recomendaciones de los temas de evaluación</u>	111
<u>8. Bibliografía</u>	120
<u>Anexo # 1 Matriz de evaluación</u>	124
<u>Anexo # 2 Matriz de Marco Lógico DGAPS 2010</u>	126
<u>Anexo # 3 Matriz de Marco Lógico DGAPS 2011 (en proceso de elaboración)</u>	129
<u>Anexo No. 4 Propuesta Organigrama DGAPS</u>	134
<u>Anexo # 5 Listado de personas entrevistadas</u>	135
<u>Anexo # 6 Lista de chequeo de evaluación</u>	137

Índice de Tablas.....

	No. de Página
Tabla No. 1 Número de concursos para contratación de personal USF. Años 2008.2010.....	31
Tabla No.2 Personal contratado por profesión y departamento. Unidades de Salud de la Familia. Años 2008-2010.....	39
Tabla No.3 Asignación presupuestaria por año 2009-2011 Dirección General de Atención Primaria de Salud.....	54
Tabla No.4 Origen y Asignación presupuestaria a la Dirección General de Atención Primaria de Salud según fuente para los años 2009-2010.....	55
Tabla No. 5 Número de Personas atendidas y consultas realizadas por las Unidades de Salud de la Familia. Años 2008-2010.....	75
Tabla No. 6 Cuantificación de los componentes entregados por las Unidades de Salud de la Familia. 2009-2010.....	77
Tabla no. 7. Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Prevención. Año 2010.....	78
Tabla No. 8 Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Promoción. Año 2010.....	79
Tabla No. 9 Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Recuperación. Año 2010.....	80
Tabla no. 10 Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Urgencias. Año 2010.....	81
Tabla no. 11 Promedio de actividades de Recuperación de la salud y de urgencias Por departamentos y USF instaladas. Datos preliminares. Año 2010.....	82
Tabla no. 12 Estimaciones del nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Recuperación y Urgencias. Años 20108-2010.....	84
Tabla No. 13: Instalación de Unidades de Salud de la Familia por departamentos y distritos.....	85
Tabla No. 14: Instalación de Unidades de Salud de la Familia por departamentos y porcentaje de población cubierta por el Programa	92

Tabla No.15 Matriz Población Estimada por ciclos de edad a ser atendidas por las USF. Año 2010.....	93
---	----

Tabla No. 16: Instalación de USF por departamento y zonas de pobreza. Años 2009-2010.....	95
--	----

Tabla No.17 Origen y Asignación presupuestaria a la Dirección General de Atención Primaria de Salud según fuente para los años 2009-2010.....	98
---	----

Índice de Tablas	No. de Página
-------------------------	----------------------

Tabla No. 18 Costo Promedio mensual de Recursos Humanos de las Unidades de Salud de la Familia.....	100
---	-----

Tabla No. 19 Costo Promedio de Visita domiciliar por Agente Comunitario de las Unidades de Salud de la Familia. Noviembre 2010.....	100
---	-----

Tabla No.20. Distribución por categoría de gastos asignados a las Unidades de Salud de la Familia. Años 2009-2010	101
---	-----

Tabla Nº 21 Ejecución presupuestaria de las USF con relación al Presupuesto general de la Nación.....	101
---	-----

Tabla no. 22 Plan financiero inicial y final y porcentaje de ejecución Presupuestaria de la Dirección General de Atención Primaria de Salud.....	102
--	-----

Tabla No.23 Ejecución presupuestaria trimestral del Programa Unidades de Salud de la Familia. Año 2 009-2010.....	102
---	-----

Tabla No.24. Distribución Presupuestaria por componentes. Unidades de Salud de la Familia. Año 2 009.....	104
---	-----

Tabla No.25. Distribución Presupuestaria por componentes. Unidades de Salud de la Familia. Año 2 010.....	104
---	-----

Índice de Gráficas	No. de Página
---------------------------	----------------------

Gráfica No. 1 Flujograma de actividades de prevención de la salud de las Unidades de Salud de la Familia.....	29
---	----

Gráfica No.2 Flujograma de actividades de Promoción de la Salud de las Unidades de Salud de la Familia.....	30
---	----

Gráfica No.3 Flujograma de actividades de Recuperación de la Salud, de Urgencias y emergencias de las Unidades de Salud de la Familia.....	30
--	----

Gráfica No.4 Organigrama de la Dirección General de Atención Primaria de Salud...	38
---	----

Gráfica No.5 Flujograma de instalación de las Unidades de Salud de la Familia. Agosto 2008-diciembre 2010.....	59
--	----

Gráfica No.6 Progresión anual en la instalación de las Unidades de Salud de la Familia. 2008-2010..... 74

Gráfica No. 7 Distribución por Regiones Sanitarias del número total de las Unidades de Salud de la Familia instaladas durante los años 2008-2010..... 74

Siglas utilizadas en el documento

ACS	Agentes Comunitarios en Salud
ESF	Equipos de Salud de la Familia
DGAPS	Dirección General de Atención Primaria de Salud
DGIE	Dirección General de Insumos Estratégicos
ENREP	Estrategia Nacional para la Reducción de la Pobreza
IPS	Instituto de Previsión Social
IPG	Índice de Priorización Geográfica
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAP	Papanicolau
PEES	Plan Estratégico Económico-Social 2008-2013
PIPLEX	Índice de Priorización para la Localización de la Inversión Social en Pobreza Extrema
PS	Puesto de Salud
UAPS	Unidades de Atención Primaria de Salud
USAID	Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos
USF	Unidades de Salud de la Familia

RESUMEN EJECUTIVO

La presente evaluación se realiza al Programa Unidades de Salud de la Familia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco del Presupuesto por Resultados que impulsa el Ministerio de Hacienda del período programático 2008-2010 como revisión documental y financiera de los proyectos puestos en marcha en dicho tiempo. Las Unidades de Salud de la Familia (USF), forman parte de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). La entidad responsable de poner en marcha el Programa es la Dirección General de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (¹).

La implementación de las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” con sus principios de universalidad, integralidad, equidad y participación social, se realiza con la asunción del gobierno de Fernando Lugo, en agosto del 2008. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social implementó la Estrategia de Atención Primaria en Salud, que se halla dirigida a fortalecer el Sistema de Salud y a (^{2,3}):

- Garantizar el acceso universal, equitativo y gratuito a la atención sanitaria tanto en las unidades de Atención Primaria en Salud (APS – UAPS), como en el resto de los servicios del Sistema.
- Disminuir las vulnerabilidades y fragilidades sociales mediante cambios en la capacitación de la comunidad.
- Reducir la exposición a riesgos mediante cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud.
- Mejorar los mecanismos y las oportunidades de participación de la población.
- Combatir la pobreza y erradicar muertes y enfermedades innecesarias, es decir, es la herramienta fundamental para mejorar los índices socio-sanitarios de nuestro país.

Las Unidades de Salud de la Familia se constituyen en la puerta de entrada preferente al Sistema Nacional de Salud. La entidad responsable de poner en marcha el Programa es la Dirección General de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los **Antecedentes del Programa** dan cuenta de que antes de agosto de 2008, no existían las Unidades de Salud de la Familia, por lo que se parte de una Línea de Base Cero. Los servicios de salud que se hallaban en las comunidades correspondían a los Puestos de Salud, atendidos por auxiliares de enfermería con una capacidad resolutiva muy baja, limitándose a acciones mínimas de salud (vacunación, toma de presión, curación, etc.). El modelo de atención se basaba en la

¹ La Dirección General de Atención Primaria de Salud (DGAPS) fue creada por Resolución S.G. No.101/2008, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con fecha 17 de septiembre de 2008.

²Alianza Patriótica para el Cambio. **Propuesta en Salud. 2008-2013. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con equidad.** Asunción, Paraguay, 2008. Mimeo. 32 pp

³ El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social aprobó las “Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad 2008-2013” por Resolución S.G. No. 131/2008, de fecha 26 de septiembre de 2008. En dicha resolución se dispone su implementación y ejecución en todo el territorio de la República del Paraguay.

respuesta a la demanda de las personas enfermas, enmarcado en un enfoque meramente curativo, no contemplándose acciones de promoción de la salud relacionadas a la mejora de sus condiciones de vida (⁴).

La Justificación del Programa se basa en que el Sistema de Salud en Paraguay, se caracterizó históricamente por la segmentación con la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, así como también la fragmentación de los servicios de salud entre sí, no logrando la conexión o articulación(⁵). La organización del sistema público del Ministerio de Salud Pública, tenía una estructura piramidal, con la denominación de siete niveles de complejidad progresiva, cuya amplia base se correspondía con los Puestos de Salud, pasando por los Centros de Salud, dirigiéndose hacia los centros de mayor complejidad como los hospitales distritales, regionales, especializados, etc., ubicados en la punta de dicha forma geométrica. La dotación de servicios de salud en el país se caracterizó por cubrir a un 65-70% de la población; usualmente con una fuerte concentración de los servicios a nivel urbano, y un persistente déficit a nivel rural, por lo que amplios sectores de población quedaban excluidos de los servicios de salud, sin acceso a medicamentos, laboratorios, recursos humanos, etc. Se dieron cambios cualitativos como cuantitativos. En lo cualitativo un cambio radical en el sistema de atención, al pasar de una atención centrada en hospitales, a una atención a las familias y comunidades, cerca de sus hogares, gratuita, rompiendo así la barrera de accesibilidad geográfica y económica. Así también, la atención se proporciona a través de Equipos de Salud de la Familia (ESF) y la promoción se relaciona a la mejora de la calidad de vida de las personas y sus comunidades, entendiéndose a la salud como un derecho humano relacionado a las condiciones de vida y por tanto de salud de las personas.

El área geográfica del Programa ha sido diseñada para lograr una cobertura nacional. La APS es implementada en territorios sociales conformados alrededor de las Unidades de Salud Familiar. Se espera que cada USF acompañe un determinado territorio social (⁶). Un equipo de USF posee la capacidad de cubrir una población de 3.500 a 5.000 personas. Estimándose un total de 1.300 equipos de salud para lograr una cobertura nacional. Incluye los diecisiete departamentos más la ciudad de Asunción, que constituye la XVIII Región Sanitaria. Actualmente se cuenta con 503 Unidades de Salud de la Familia (USF), distribuidas en 210 distritos.

⁴Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Unidades de Salud de la Familia (USF). Ficha de Antecedente del Programa. Febrero 2011. Mimeo. 13 pp.

⁵Banco Mundial. Departamento de Desarrollo Humano. Región de América Latina y el Caribe. **Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios.** Mayo 24, 2005.

⁶**Territorios sociales:** A cada unidad de APS le corresponde un determinado territorio, donde se formarán grupos de gestión social, integrados por miembros de la comunidad con el objetivo de promover la calidad de vida en el territorio. En estos grupos tendrán participación otros sectores como transporte, ambiente, saneamiento básico, educación, alimentación y vivienda entre otros. Los territorios sociales conformados alrededor de las Unidades de APS, serán el lugar donde convergerán y se articularán los diferentes sectores sociales, lugar a partir del cual se hará posible la participación ciudadana. espacios donde transcurren sus vidas y sus relaciones sociales. Es en los territorios sociales donde se detectan y definen los problemas y determinantes que atentan contra la salud de las personas y se los combate (**Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad, página 6.**)

Los componentes o servicios que ofrece la USF son:

Los servicios que ofrece la USF son (⁷):

1. Atención Integral a la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Prevención.
2. Atención Integral a la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Promoción de Salud.
3. Atención Integral a la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Recuperación de la Salud.
4. Atención Integral a la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Urgencias y Emergencias.

Entre los sectores atendidos por el Programa, se encuentran: Salud Básica, Educación Sanitaria, Atención Salud Reproductiva, Infraestructura Sanitaria Básica, Fortalecimiento de la Sociedad Civil y Derechos Humanos - Protección de las Minorías Étnicas.

El presupuesto asignado a la Dirección General de Atención Primaria en Salud, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, fue en el año 2009 de 35.616.050.000, equivalente a un 2.1% del presupuesto total del Ministerio de Salud. En el año 2010 fue de 105.761.753.474 representando un 5.7%; y para el año 2011 se estima que alcanzará un 7.48%, un total de 175.086.344.065 para la implementación del Programa relacionado con la Atención Primaria en Salud. Se viene ejecutando desde agosto del año 2008, sin presupuesto asignado durante ese año, con presupuesto asignado y ejecutado en el 2009 y el 2010.

La población estimada por ciclos de edad atendidas por las USF del año 2010 fue de 2.012.000, equivalente a aproximadamente un 31.2% de la población paraguaya (⁸). La población potencial serían las los 6.451.000 habitantes estimados para el año 2010 (⁹).

Entre los actores implicados en la ejecución del Programa se encuentran: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – MSP y BS, a través de la Dirección General de APS (DGAPS) a nivel central; las 18 Regiones Sanitarias; el Plan Ampliado de Inmunización – PAI; la Dirección General de Atención a Grupos Vulnerables; el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; la Dirección General de Bioestadística; la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República; la Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia; las gobernaciones de los 17 departamentos y capital, entre otros.

⁷ Sí bien en términos presupuestarios la Dirección General de Atención Primaria de Salud definió únicamente un componente (Atención integral a la población en general con diversas dolencias o patologías); a la hora de definir sus actividades lo hizo en 5 grandes actividades: C1Act. Prevención; C1Act.Promoción; C1Act.Recuperación; C1Act. Urgencias y Emergencias; y C1Act.Actividades Administrativas. Para esta evaluación tomamos las primeras 4 actividades como componentes centrales del modelo de atención en salud que deben generas las Unidades de Salud de la Familia.

⁸ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Atención Primaria en Salud. Voces de la Gente. Boletín Especial. Atención de Calidad en la Comunidad. Atención Primaria en Salud. Asunción, sin fecha. Página 4

⁹ Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay: Proyección de la Población Nacional por sexo y edad. 2000 - 2050. Asunción, Paraguay, Diciembre 2005. Pp. 119.

Objetivos del Programa

Objetivo General: “Acercar el Sistema de Salud a las familias y sus comunidades, a través de la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios posibilitando el acercamiento de los Servicios de Salud a las personas con Equipos de Salud de la Familia (médicos, enfermeras y agentes comunitarios) que atienden a la comunidad, buscando lograr el más alto nivel de Salud posible, cimentado en el respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social (¹⁰)”.

Objetivos del Programa a nivel de fin y propósito

Fin del Programa: Mejorar las condiciones de salud y de vida de la población de Paraguay (¹¹).

Propósito del Programa: Acerca el Sistema de Salud a las familias y sus comunidades, a través de la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios.

Periodo, objetivos y criterios de Evaluación

El periodo de la evaluación del Programa abarcó los meses de noviembre 2008 a diciembre 2010. La metodología utilizada se basa en el marco lógico, que es una herramienta que permite el análisis del ordenamiento, consistencia y cumplimiento de los objetivos (fin, propósito, componente y actividades) del programa.

Los objetivos de la evaluación fueron:

- Analizar los resultados que ha tenido el programa en sus beneficiarios, participantes, o usuarios.
- Analizar aspectos relativos al uso de recursos del Programa.

Los aspectos Metodológicos analizados fueron: Diseño; Organización y Gestión; Resultados; Eficacia/Calidad y Eficiencia; Economía; Sostenibilidad (capacidades institucionales); Justificación de la continuidad y Recomendaciones.

Metodología de la evaluación

El método de evaluación utilizado consideró información obtenida a través de instrumentos y procedimientos cualitativos y cuantitativos, por lo que es considerada una evaluación cuali-cuantitativa.

Para identificar los avances, resultados y efectos del Programa, la evaluación ha aplicado un procedimiento de trabajo integral y sistémico además de otros criterios: **Independiente**, porque la evaluación es externa a la Institución y al Ministerio responsable; **Transparente**, porque los resultados deben ser de carácter público; **Técnica**, ya que la evaluación debe ser pertinente y objetiva y fundamentarse en antecedentes estrictamente técnicos; **Oportuna**, debido a que la evaluación debe proveer información en los tiempos adecuados para apoyar la toma de decisiones; **Eficiente**, debido a que el costo de la evaluación guarde relación con los resultados que se espera de ella (juicios evaluativos); **Sistémica**, porque para llegar a las conclusiones, se ha realizado el análisis y cruzamiento de las informaciones relevadas, a fin de identificar aspectos y elementos significativos, en base a los cuales plantear aportes, sugerencias y recomendaciones, a

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Unidades de Salud de la Familia (USF). Ficha de Antecedente del Programa. Febrero 2011. Mimeo. 13 pp.

¹¹ Al momento de la elaboración de este informe, el Programa de Salud de la Familia se encuentra realizando ajustes a su nueva matriz de marco lógico para los años 2011-2013, por lo que se tomó la matriz del marco lógico del año 2010 entregada al Ministerio de Hacienda como Programación Estratégica Institucional en Julio del año 2010. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Planificación - Dirección General de Atención Primaria de Salud. Programación Estratégica Institucional. 2009-2013. Asunción, julio 2010. 17 pp.

los diferentes actores claves involucrados y que les permita tomar decisiones tendientes a reorientar el Programa en los aspectos necesarios. Se utilizó una metodología de evaluación participativa que permitió recopilar, analizar e incorporar información, de manera interactiva entre el equipo evaluador y los responsables de la implementación de la Estrategia.

En conclusión en la **Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico**, existe una coherencia entre la columna de jerarquía de resultados y la columna de supuestos, verificándose la lógica vertical. Sería importante incorporar actividades que tiendan a una mayor participación de la comunidad, a fin de lograr mejores resultados en el ámbito de las acciones preventivas y de promoción. No existe duplicidad entre los 4 niveles de objetivos.

En relación a la **Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico**, existen indicadores adecuados pero no suficientes para medir las cuatro dimensiones: eficacia, calidad, eficiencia y economía.

En cuanto a los indicadores que permiten medir la eficacia se definió el porcentaje de Unidades de Salud de la Familia instaladas en poblaciones con hasta 5000 habitantes respecto de lo planificado en el año, lo que nos permite medir la capacidad real que tiene el Programa para alcanzar los resultados esperados, es decir, promover cambios positivos.

En el caso de indicadores de economía se ha definido el porcentaje del presupuesto ejecutado respecto al plan financiero asignado por año, así como también se han definido sus fórmulas de cálculo.

En término de calidad, el Programa ya considera actividades relacionadas con el monitoreo a la satisfacción de los usuarios. Relacionado con los indicadores de proceso, surge la necesidad de desglosar aún más los indicadores que se presentan, sobre todo los relacionados con la producción de los censos, la devolución a las comunidades, la producción de documentos de Acuerdos y/o Consensos sobre las prioridades en salud; así como los mecanismos que la comunidad implementará para coadyuvar a mejorar los recursos con los que cuentan las USF. Sería importante desarrollar uno o dos indicadores relacionados con el desarrollo de procesos de producción de la estadística local y la transmisión de los mismos por medios electrónicos.

No existen indicadores de eficiencia como por ejemplo el costo por atención, comparado con otros programas similares; así como costo por componentes.

En conclusión, tanto los indicadores de propósito como los de resultados establecidos en la matriz de marco lógico del año 2010, sí bien posibilitan monitorear el programa y evaluar el logro del mismo aún requieren del desarrollo de los otros indicadores mencionados anteriormente, para lograr un monitoreo y evaluación más acabado, por lo que se valida parcialmente la lógica horizontal.

El Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa, en el momento actual, la estructura organizacional a nivel central se hace insuficiente para las nuevas demandas que va planteando la instalación del modelo, así como sus recursos humanos.

A nivel central el equipo logra desarrollar una serie de tareas de manera coordinada, sin embargo el traslado de dichas funciones a nivel regional presenta desniveles, dependiendo de los grados de apropiación que se realizan a nivel de las estructuras de salud de las regiones. Si bien la contratación de Recursos Humanos queda a cuenta del equipo central, en la práctica, los funcionarios contratados pasan a formar parte de la Región Sanitaria. El posterior seguimiento y evaluación de los niveles de desempeño deberá de trabajarse más detalladamente a nivel regional, lo mismo que el fortalecimiento de los equipos (¹²).

La Gestión y Coordinación con programas relacionados se manifestaron altos niveles de involucramiento que el personal sanitario lograba a nivel de las comunidades. En donde el perfil sanitario se correspondía con personal que durante su formación había recibido una buena orientación hacia la comunidad, los niveles de relacionamiento con la comunidad, a la par de las intervenciones en el campo preventivo y de promoción eran más altos, que en aquellos en donde el personal sanitario venía de una práctica más del tipo de esperar la demanda. Sin embargo, estos elementos requerirían un nivel de análisis más detallado en una investigación/evaluación posterior.

Los Mecanismos de participación ciudadana se promueven a través de la participación de la ciudadanía a través de 3 procesos bastante diferenciados;

a) los Consejos Locales de Salud: En el 2010, el **73% de Municipios** del país contaban con Consejos Locales de Salud, a los cuales les habían sido transferidos **30.239.684.992 Gs. Como Fondos de Equidad** (¹³).

b) La participación como usuarios de los servicios: Las USF han logrado crear, posterior a la identificación a través del censo comunitario, los grupos de hipertensos, diabéticos y embarazadas, a los cuales se les da un acompañamiento periódico.

c) Las acciones preventivas en salud: Ha mostrado que las comunidades pueden generar una serie de apoyos que van desde mingas ambientales, jornadas de sensibilización, visitas domiciliarias, procesos educativos, etc.; en otros ámbitos también diversas personas y/o grupos comunitarios se han sumado a las campañas de vacunación.

En la actualidad sólo un 22% de las USFs cuenta con agentes comunitarios (113 USF). La presencia de agentes comunitarios permite llegar de mejor manera a la población adscripta, y lograr una participación más activa en las actividades de los ESF, además se logra un mejor control del cuidado de la salud de la población, las visitas mensuales a todas las familias, logra reunir en actividades comunitarias, mingas ambientales, formación de clubes por patologías, y

¹² Esta discusión fue parte del debate que se sostuvo entre Directores Regionales, Encargados Regionales de USFs, equipo directivo de APS y otros funcionarios que participaron en el taller de evaluación realizado en la quinta Ykúa Satí 24 y 25 de marzo del 2011.

¹³ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de Salud 2010. Secretaría Técnica de Planificación. Diciembre 2010. Mimeo. 21 pp.

grupo etario con el fin de lograr la prevención y promoción de la salud. Los agentes comunitarios de salud actúan de gestores en la promoción de la calidad de vida y salud en el territorio como puente entre el Servicio de Salud y la población, conociendo la realidad geográfica, social y sanitaria del territorio. Son de inestimable ayuda para la vigilancia epidemiológica.

Los documentos de sistematización, a los que accedió el equipo evaluador, no reflejan el registro del proceso de trabajo en su conjunto, ni los aprendizajes obtenidos durante el mismo. En uno de ellos se refieren fortalezas y debilidades del proceso de implementación del Programa, pero no se registra ni profundiza en el análisis de la experiencia, desde una perspectiva de acción, reflexión, acción. Tampoco hay un seguimiento y registro de las tareas y acuerdos que surgieron en el marco de la experiencia de los talleres de sistematización.

En lo referente a la Participación comunitaria. La articulación y sinergia con actores e instancias locales a nivel de los departamentos, distritos y comunidad ha habido avances importantes y muestra una tendencia a empoderar a los actores y sectores locales, en los temas de interés del Programa. Esto se muestra en la participación en espacios de las actividades realizadas a nivel comunitario, en especial las asambleas comunitarias o Aty, las cuales permiten a los participantes un diálogo y debate sobre lo realizado en las acciones en salud y lo que debe realizarse hacia futuro.

El grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos, es importante y oportuno que el Programa trabaje un poco más en la recolección, procesamiento y difusión de los resultados que va generando. El cambio de mentalidad con relación al modelo de hacer salud en el país, todavía tiene un período de 10 a 15 años para lograr cambios sustantivos.

En términos generales podemos decir que se nota una mayor utilización de los recursos conforme el Programa de Atención Primaria de la Salud se va estableciendo y se van implementando las Unidades de Salud de la Familia.

El gobierno central ha mostrado voluntad política e interés en extender el Programa de las Unidades de Salud de la Familia, ampliando la asignación presupuestaria de un 0.072% a un 0.32%. Estas decisiones están sustentadas en buena medida en el conocimiento que se tiene que la Atención Primaria de la Salud es la Estrategia fundamental que debe seguirse para lograr no sólo la ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud, sino también para tener un impacto importante en los condicionantes y determinantes de la salud en general. Debe reconocerse además el enorme esfuerzo que han realizado las autoridades de la DGAPS para realizar cabildeos y negociaciones orientadas a conseguir que la estrategia APS tenga un impulso en el país. El Programa ahora existe como parte de las metas emblemáticas que el gobierno de Fernando Lugo se propone alcanzar.

En relación a aportes de terceros el programa también ha logrado conseguir algunos recursos provenientes de donaciones. Para el año 2009 la fuente 30 ocupó un 4.1%; para el año 2010 un 3.3% de donaciones y/u otras instituciones.

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa se contó mayoritariamente con el apoyo de la implementación de la estrategia para la instalación de las USF, sin embargo se obtuvieron ciertas resistencias en lo relativo a limitación de RRHH,

infraestructura y recursos debido a que aún el equipo Central de la Dirección de Atención Primaria de la Salud es pequeño en función de las actividades que deben realizar, ya que en la actualidad la mitad de sus funcionarios son básicamente personal administrativo. En la actualidad la Dirección General de APS cuenta con un total de 24 funcionarios, distribuidos de la siguiente manera: La Dirección Administrativa tiene 12 funcionarios, lo que ocupa la mitad del personal de toda la Dirección Central. La Dirección General cuenta con un Director, una asistente y una secretaria-recepcionista. La Dirección de Atención a la Familia cuenta con 4 funcionarios, un director y 3 asistentes. Esta dirección cumple con la función de promover la instalación de las USF, convocar a los concursos de selección de personal; definir acuerdos con autoridades sanitarias regionales; etc. ; La Dirección de Gestión y Desarrollo Social tiene una directora y dos asistentes trabaja en definir la territorialización de las acciones, así como los acuerdos con otras entidades de gobiernos y grupos sociales; Dirección de Educación y Capacitación que la conforma una sola persona y que debe de establecer los marcos para la capacitación continua de los equipos, la evaluación permanente del personal, así como la introducción y nivelación del personal que se incorpora a las USF; y más recientemente la Dirección de Gestión Tecnológica y Publicaciones, que la conforma una sola persona, la cual tiene entre sus funciones: la producción de información, la generación de publicaciones, y también el desarrollo de investigaciones relacionadas con los servicios generados por las USF. Tiene 14 Coordinadores Regionales de APS. A la fecha hace falta desarrollar funciones de gestión para resultados y fortalecimiento de los equipos regionales a fin de que puedan desarrollar las acciones de monitoreo, evaluación y sistematización de experiencias.

En lo que se refiere al nivel de compromiso de las autoridades de las Regiones Sanitarias, Gobernaciones y/o municipios, se desarrolla un trabajo conjunto, partiendo del proceso a seguir para la instalación y funcionamiento de las USF establecidos en el Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia de la Dirección General de Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, sin embargo la extensión de la estrategia hacia nuevas comunidades depende de la voluntad de las autoridades locales.

El **Acceso a los centros de decisión** mostró una voluntad política de las autoridades en el incrementó en un 387%, pasando de 35.616.050.000 a 137.797.602.435 del presupuesto asignado a la estrategia; para el año 2011 el incremento se consideraba en un 492% con relación a lo presupuestado en el año 2009.

Los **Espacios de coordinación inter-institucional** deben darse siempre a partir de un equipo interdisciplinario, existe la necesidad de articular las acciones institucionales, dirigidas hacia la población objetivo, a fin de que las intervenciones puedan darse desde un enfoque integral de derechos. Asimismo, se establezca una atención coordinada, de alianzas estratégicas y de vinculación entre todos los programas desarrollados en cada comunidad, a fin de garantizar la atención integral. Además se pretende contar con protocolos consensuados que garanticen una atención adecuada y respetuosa. El desarrollo de las acciones intersectoriales, los espacios de coordinación inter –institucional, aún son incipientes y constituyen un desafío en la instalación del modelo.

En la cuenta de la **implementación del Sistema de Comunicación y el Sistema de Regulación médica** se cuentan con experiencias sumamente enriquecedoras en relación a la apropiación del modelo de intervención dentro de las Regiones Sanitarias. Dentro de las seis Regiones Sanitarias

que se visitaron durante el desarrollo de este trabajo se pudo constatar que la Región de Guairá ha adoptado un modelo de Regulación Médica presidido por el Director Regional, con una comunicación constante a través de teléfonos celulares, que ha resultado ser muy funcional para resolver diversos problemas relacionados con la prestación de los servicios de salud, de traslado de pacientes y de utilización de ambulancias que puede ser seguido por otras regiones sanitarias. El acompañamiento desde la DGAPS a nivel central, debería contemplar estrategias que permitan mejorar las condiciones de gestión y fortalecimiento, así como el fortalecimiento del apoyo dentro de las Regiones Sanitarias de manera de garantizar su estabilidad en la implementación.

Las limitaciones en la formación de los Profesionales de la Salud en las Universidades del Paraguay, está fuertemente centrada en un modelo biológico y asistencial, sin enfoque de derechos, al Promocional y preventivo como plantea el nuevo modelo de Salud ⁽¹⁴⁾. Las reformas curriculares exigen esfuerzos políticos de negociación interna que frecuentemente son incommensurablemente complejos.

En relación a las capacitaciones Sería importante definir las acciones de seguimiento a los talleres con planes de trabajo integral e integrados en las Regiones Sanitarias (RS), en los que se planteen cómo se va a trabajar y/o cronogramas de acciones. Establecer estrategias de cómo resolver las dificultades planteadas de acuerdo al contexto así como a las fortalezas y debilidades de cada Servicio de Salud.

La instalación de la estrategia no fue acompañada por un Plan Comunicacional, escasamente se planificó una estrategia previa al ingreso de las USF en la comunidad, ni el logro de la concienciación en la comunidad del significado de la APS, por lo que limitó en cierta medida el apoyo en las comunidades.

Las Unidades de Salud de la Familia forman parte de la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que plantea un nuevo paradigma en el modelo de atención mediante los Equipos de Salud de la Familia. Al emerger el modelo de Atención Primaria en Salud como el nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud Pública pretende resolver las brechas existentes para el cumplimiento del Derecho a la Salud y garantizar salud para todos, en relación al propósito establecido en la Matriz del Marco Lógico “*Incrementar el número de familias con acceso a la atención integral de la salud y calidad de vida*”.

En lo referente a la justificación del “Programa” se parte de una línea de base cero, pues antes de agosto de 2008, no existían las Unidades de Salud de la Familia. Los servicios de salud eran los Puestos de Salud, con acciones mínimas de salud, basados en un enfoque meramente curativo, sin contemplar acciones de promoción de la salud relacionadas a la mejora de sus condiciones de vida.

El “**“problema o necesidad”** de atención de aproximadamente 4.000.000, el 80% de habitantes en el 2006, que no accedía a la atención médica, se evidenció en el registro de 986.751(¹⁵) aproximadamente el 20% de consultas del Sistema de Salud, ya que la población estimada en ese año era de aproximadamente 5.000.000 personas en el Paraguay.

¹⁴ Irala Ahrens, Dr. Aldo; Encargado de la Dirección de Normas, Tecnología y Publicaciones. Dirección General de Atención Primaria de Salud MSP y BS, **Entrevista realizada por el equipo evaluador**, 30 de marzo 2011; Asunción, Paraguay.

¹⁵ Datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Irala, Dr. Aldo, Mayo 2011.

El aumento en la cantidad de consultas del Sistema de Salud en 64,61%, desde que se implementó la gratuidad de la atención en el 2008 así como la instalación de las USF, con el aumento aproximado a 3.500.000 consultas con 800.000 consultas nuevas de 1^a vez, teniendo en cuenta que el Instituto de Previsión Social (IPS) alberga a unos 600.000 usuarios y los seguros privados a unos 100.000 (¹⁶), (total 4.200.000 habitantes). La población estimada del Paraguay asciende a 6.500.000 habitantes en el 2010, por lo que aún resta una población de 2.300.000 el 35,38% sin atención médica. Sin embargo el aumento de un 44,61% aproximadamente de consultas justifica la continuidad del “Programa de Atención Primaria de Salud a través de las Unidades de Salud Familiar”. Se evidencia que el sector rural duplicó sus consultas.

El incremento de 57.6% en relación al número de personas atendidas desde agosto de 2008 hasta fines del 2010, asimismo, el número de consultas realizadas experimentó un crecimiento del 63.4%, en igual período (**8.066.744 Consultas** realizadas; **3.034.485 Personas** de diversas edades atendidas) (¹⁷), cumple con el Objetivo General de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud que implica *“Acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios posibilitando el acercamiento de los servicios de salud a las personas con Equipos de Salud de la Familia (médicos, enfermeras y agentes comunitarios) que atienden a la comunidad, buscando lograr el más alto nivel de Salud posible, cimentado en el respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social”* (¹⁸) y se encuentra plenamente justificado por la vigencia de los problemas que aborda.

El problema que dio origen al programa continúa existiendo pero ha disminuido con relación al inicio del Programa. El análisis a nivel de producto muestra que el programa ha contribuido a solucionar dicho problema.

¹⁶Ibid.

¹⁷ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de Salud 2010. Secretaría Técnica de Planificación. Diciembre 2010. Mimeo. 21 pp.

¹⁸ Al momento de la entrega de este informe final, el Programa de Salud de la Familia se encontraba aún trabajando con la consultora Emma Rotondo una versión más acabada de su Matriz de Marco Lógico, por los resultados que aquí se presentan se refieren a una versión preliminar de dicha Matriz y a lo que se proyectó en la presentación **“Políticas Públicas para Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay”** META EMBLEMATICA500 UNIDADES DE SALUDDE LA FAMILIA; MSP y BS; 2011. Una copia del avance actual de la nueva Matriz de Marco Lógico se encuentra en los anexos de este informe (Anexo no. 3).

EVALUACIÓN A UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA 2008-2010

1.1. Descripción del Programa

Con la asunción del gobierno de Fernando Lugo, en agosto del 2008, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social implementó las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” con sus principios de universalidad, integralidad, equidad y participación social. Es así que para garantizar la atención a la salud su objetivo es organizar el Sistema Nacional de Salud, sustentado en la Estrategia de Atención Primaria en Salud y se halla dirigida a (¹⁹):

- Garantizar el acceso universal, equitativo y gratuito a la atención sanitaria tanto en las Unidades de Atención Primaria de Salud (UAPS) como en el resto de los servicios del sistema.
- Disminuir las vulnerabilidades y fragilidades sociales mediante cambios en la capacitación de la comunidad.
- Reducir la exposición a riesgos mediante cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud.
- Mejorar los mecanismos y las oportunidades de participación de la población.
- Combatir la pobreza y erradicar muertes y enfermedades innecesarias, es decir, es la herramienta fundamental para mejorar los índices socio-sanitarios de nuestro país.

Las Unidades de Salud de la Familia (USF) se constituyen en la puerta de entrada preferente al Sistema Nacional de Salud y han sido diseñadas para lograr una cobertura nacional. Se viene ejecutando desde agosto del año 2008. Asimismo, desde el año 2010 es uno de los programas emblemáticos del gobierno nacional. En la actualidad se cuenta con 503 Unidades de Salud de la Familia distribuidas en los 17 departamentos del país, así como en la ciudad de Asunción.

La entidad responsable de poner en marcha el Programa es la Dirección General de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Un equipo de USF estaría en capacidad de cubrir una población de 3,500 a 5,000 personas. Estimándose un total de 1,300 equipos de salud para lograr una cobertura nacional. Los servicios que ofrece la USF son:

1. Atención Integral a la Población en General con Diversas Dolencias o patologías:
 - 2.1 Actividades de Prevención
 - 2.2 Actividades de Promoción de Salud
 - 2.3 Actividades de Recuperación de la Salud
 - 2.4 Actividades de Urgencias y Emergencias.

¹⁹Alianza Patriótica para el Cambio. **Propuesta en Salud. 2008-2013. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con equidad.** Asunción, Paraguay, 2008. Mimeo 32 pp

1.2. Objetivos del Programa a nivel de fin y propósito

Antes de agosto de 2008, no existían las Unidades de Salud de la Familia, por lo que se parte de una Línea de Base Cero. Los servicios de salud que se hallaban en las comunidades correspondían a los Puestos de Salud, atendidos por auxiliares de enfermería con una capacidad resolutiva muy baja, limitándose a acciones mínimas de salud (vacunación, toma de presión, curación, etc.). El modelo de atención se basaba en la respuesta a la demanda de las personas enfermas, enmarcado en un enfoque meramente curativo, no contemplándose acciones de promoción de la salud relacionadas a la mejora de sus condiciones de vida (²⁰).

En este nuevo enfoque los cambios que se dieron son tanto cualitativos como cuantitativos. En lo cualitativo se dio un cambio radical en el sistema de atención, al pasar de una atención centrada en hospitales, a una atención a las familias y comunidades, cerca de sus hogares, gratuita, rompiendo así la barrera de accesibilidad geográfica y económica. Así también, la atención se proporciona a través de Equipos de Salud de la Familia y la promoción se relaciona a la mejora de la calidad de vida de las personas y sus comunidades, entendiéndose a la salud como un derecho humano relacionado a las condiciones de vida y por tanto de salud de las personas.

En la actualidad el fin y el propósito del programa son los siguientes:

Fin del Programa: Mejorar las condiciones de salud y de vida de la población de Paraguay (²¹).

Propósito del Programa:

Acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios.

Objetivo General

Acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios, posibilitando el acceso de las personas a los servicios de salud con Equipos de Salud de la Familia (ESF) (médicos, enfermeras y agentes comunitarios) que atienden a la comunidad, buscando lograr el más alto nivel de salud posible, cimentado en el respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social (²²).

²⁰ A) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Ficha de Antecedentes del Programa “Unidades de Salud de la Familia”. Febrero 2011. Mimeo 14pp. B) Entrevista con el Dr. Nicolás Tanaka. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Abril 2011.

²¹ Al momento de la elaboración de este informe, el Programa Emblemático “Unidades de Salud de la Familia” se encuentra realizando ajustes a su nueva matriz de marco lógico para los años 2011-2013, por lo que se tomó la matriz del marco lógico del año 2010 entregada al Ministerio de Hacienda como Programación Estratégica Institucional en Julio del año 2010. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Planificación-Dirección General de Atención Primaria de Salud. Programación Estratégica Institucional. 2009-2013. Asunción, julio 2010. 17 pp.

²² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Unidades de Salud de la Familia (USF). Ficha de Antecedentes del Programa. Febrero 2011. Mimeo. Pp.13

1.3. Justificación del Programa

El Sistema de Salud en Paraguay, se caracterizó históricamente por la segmentación de tal manera que persistió la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, así como también la fragmentación de los servicios de salud entre sí, no logrando la conexión o articulación. La organización del sistema público del Ministerio de Salud Pública, tenía una estructura piramidal, con la denominación de siete niveles de complejidad progresiva, cuya amplia base se correspondía con los Puestos de Salud, pasando por los Centros de Salud, dirigiéndose hacia los centros de mayor complejidad como los hospitales distritales, regionales, especializados, etc., ubicados en la punta de dicha forma geométrica. La dotación de servicios de salud en el país se caracterizó por cubrir a un 65-70% de la población; usualmente con una fuerte concentración de los servicios a nivel urbano, y un persistente déficit a nivel rural, por lo que amplios sectores de población quedaban excluidos de los servicios de salud, sin acceso a medicamentos, laboratorios, recursos humanos, etc. (²³).

El enfoque de salud era altamente curativo en detrimento de acciones en prevención; lo que de alguna manera concentró no sólo la demanda de servicios, sino también los recursos en el ámbito hospitalario. El sistema de salud estaba orientado a responder más por demanda que por oferta de servicios, sin tener en cuenta las reales necesidades de atención de la población.

La situación de salud del país reflejaba un perfil epidemiológico propio de un país en desarrollo, en donde por múltiples causas es lento el tránsito hacia un desarrollo humano social sostenible.

Algunos datos de la Dirección de Estadísticas, Encuestas y Censos del 2007, nos evidencian la pobreza e inequidad existentes en el país, previos al nuevo gobierno instalado en agosto del 2008. El 35% de la población era pobre y pobre extrema; 1% de población concentraba el 77% de la superficie; 10% de la población concentraba el 40% de los ingresos; existía un 5,1% de analfabetismo; 36% sin red de abastecimiento de agua. En este contexto, los indicadores de salud más sensibles a las condiciones de vida y de acceso a servicios de salud como las tasas de mortalidad infantil y materna alcanzaron cifras importantes (de 16.7 muertes por 1.000 nacidos vivos y de 127 muertes por 100.000 nacidos vivos, respectivamente), aunque con marcadas diferencias al interior de los departamentos. Efectivamente, el 41% de la población, equivalente a 2.460.000 personas, estaban excluidas del acceso a los servicios de salud, correspondiéndole al alto gasto de bolsillo de las familias (barrera económica) una de las causas más importantes.

En este contexto, impactan las enfermedades transmisibles, sobre todo en la población infantil, la mayoría de ellas prevenibles, enfermedades infectocontagiosas, parasitarias, diarreicas y respiratorias agudas que constituyen las principales causas de morbi-mortalidad. Además en los últimos años, la incidencia de enfermedades transmitidas por vectores como el dengue, la malaria y últimamente la Fiebre Amarilla, han causado importantes brotes y epidemias con alto costo

²³Banco Mundial. Departamento de Desarrollo Humano. Región de América Latina y el Caribe. **Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios.** Mayo 24, 2005.

social y económico, afectando a grandes poblaciones de áreas urbanas e indígenas respectivamente⁽²⁴⁾.

Ante esta situación de pobreza, inequidad, prevalencia de enfermedades prevenibles, población excluida de atención a la salud por el alto costo de bolsillo que significaba su acceso y para dar respuesta a las necesidades de salud de toda la población en su conjunto, se implementan la Estrategia de Atención Primaria con la instalación de las Unidades de Salud de la Familia.

La Dirección General de Atención Primaria de Salud (DGAPS) fue creada en el año 2008 con el objetivo de implementar las Unidades de Salud de la Familia, como parte de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y acorde a las Políticas Públicas de Calidad Vida y Salud con Equidad iniciar un proceso de cambio en el modelo de atención en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS).

La DGAPS entendió como su función la atención integral a la población general con diversas dolencias, y que como programa nuevo debía llevar la rectoría en la instalación de las Unidades de Salud de la Familia.

En realidad cuando se formuló el proyecto de las políticas públicas, se consideró la necesidad de instalar un nuevo modelo en el Sistema Nacional de Salud, cambiando desde un modelo centrado en hospitales a un modelo centrado en las personas, desde una atención meramente biomédica, a un modelo biopsicosocial.

En sus orígenes, según indicaron autoridades de la DGAPS, no se creía necesario la instalación de USF nuevas en todo nivel, sino más bien en aquellos lugares donde se necesitaba había que crearlas, pero en la medida de lo posible se debería de utilizar la infraestructura existente (puestos de salud; dispensario y centros de salud de menor complejidad). Esto también significó la reconversión de recursos humanos ya existentes, los cuales ya se encontraban trabajando en las unidades de salud existentes, sobre todo a nivel de Puestos de Salud⁽²⁵⁾.

Anterior a la implementación de las Unidades de Salud de la Familia, la salud no era considerada un derecho social, como también aconteció en Brasil. El modelo de salud adoptado previamente, dividía a la población en tres categorías: (I) aquellos que podían pagar por los servicios privados de salud, (II) los que tenían derecho a la salud pública porque estaban asegurados por la previsión social (trabajadores con empleo formal) y (III) los que no poseían derecho alguno (26).

²⁴ Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID)-Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Perfil de los Sistemas de Salud: Paraguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.** Washington, D.C. OPS. 3era. Edición. Pp. 80.

²⁵ La realidad demostró que era necesaria la realización de la adecuación de las infraestructuras existentes ya que las mismas no cumplían con los estándares necesarios para albergar a los equipos de trabajo, en muchos de los casos, las instalaciones en cuestión contrastaban su realidad (lo que oficialmente representaban – apenas una pieza con un baño - con la función que le eran asignadas -centros de salud, puestos de salud, dispensarios médicos – por lo que se planteaba entonces la necesidad de realización de consultorías para relevamiento de datos de infraestructuras en la eventual posibilidad de refuncionalizarlas y adecuarlas para el trabajo para el que fueron creadas. Comentarios Dr. Aldo Irala, entrevista abril 2011.

²⁶ Silva, Marcus Tolentino. Sistema Único de Salud: La experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. Rev Perú Med Ex Salud Pública. No. 26(2), 1ño 2009. Pp. 251-257.

Antes de su instalación, las acciones universales en salud pública se resumían a las actividades de promoción y prevención de enfermedades (vacunación, control sanitario de las fronteras) y la asistencia médico-hospitalaria de los indigentes para algunas enfermedades específicas.

En el momento actual se presenta un proceso de transición entre los dos modelos, y todavía faltarán una serie de ajustes y decisiones políticas que permitan la consolidación del nuevo modelo, a partir de los logros que progresivamente vaya mostrando el nuevo modelo de atención; como aconteció en Brasil y en Quebec, Canadá, Cuba, Suecia e Inglaterra (²⁷).

1.4. Política global y/o sectorial a la que pertenece el Programa

En la introducción del documento “Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza - ENREP” se expresa con claridad el compromiso asumido por el Paraguay y que describimos a continuación: “...Con el fin de enmarcar adecuadamente los diversos puntos de vista y planteamientos, desde el inicio se adoptaron criterios consensuados sobre los principales principios y objetivos en los que deberían sustentarse la concepción y la aplicación de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza (ENREP). La Estrategia Nacional para la Reducción de la Pobreza, es la segunda política social que tiene carácter de política de estado, luego de la Reforma Educativa impulsada por el Sector Educativo (²⁸).

Asimismo, uno de los principios orientadores importantes se ha referido al compromiso que, entre la gran mayoría de las naciones del mundo, asumió el Paraguay para la consecución de los **Objetivos del Milenio (ODM)**. Se vincula con los Objetivos del Milenio 1 (erradicar la pobreza y el hambre); 3 (igualdad entre los géneros) 4 (mortalidad infantil), 5 (mortalidad materna) y 6 (combatir el VIH-Sida).

Otro marco importante es el Plan Estratégico Económico-Social 2008-2013 (PEES), establecido en septiembre del 2008, el cual define como objetivo *principal* el mejorar las condiciones de vida de todos los habitantes del país, sin exclusiones. Para alcanzar este objetivo principal el gobierno se propone orientar las acciones para lograr los siguientes *objetivos estratégicos* (²⁹): 1. Proseguir el crecimiento económico pero con mayor generación de empleo y con mejor distribución de ingresos, diversificando las exportaciones para una más estable inserción internacional de la economía, manteniendo los equilibrios macroeconómicos fundamentales; 2. Fortalecer las instituciones del Estado para mejorar la eficacia de las políticas públicas, elevar la calidad de los servicios públicos y poner en marcha un sistema estable de reglas del juego que ofrezca garantías jurídicas a las personas y a las inversiones; 3. Aumentar y mejorar la inversión

²⁷D'Avila Viana, Ana Luiza-Dal Poz Mario Roberto. Reforma em Saúde No Brasil. Programa de Saúde da Família; Informe Final. Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Série Esutdos em Saúde Coletiva. No. 166. Outubro 1998.

²⁸ Si bien, varios de los programas establecidos en la ENREP se empezaron a poner en marcha desde fines del 2005, la misma sólo fue aprobada por Decreto Presidencial N° 8.152 del 8 de septiembre de 2006. Gobierno de la República del Paraguay. Secretaría de Acción Social- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad. “Jahapo'o Teko Asy”**. Asunción, Noviembre, 2003.

²⁹ Gobierno de la República del Paraguay. Equipo Económico Nacional. **Plan Estratégico Económico y Social –PEES- 2008 2013**. Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay. Paraguay, 2008. Pp.138.

en áreas sociales, fundamentalmente en educación y salud, focalizando el gasto público en el combate contra la pobreza extrema; 4. Alentar la diversificación de la estructura productiva, preservando el medio ambiente y logrando mejorar el aprovechamiento de los recursos energéticos y humanos disponibles en el país; 5. Impulsar la participación de la sociedad civil y del sector privado en la economía para fortalecer las micro y pequeñas empresas, en especial las pequeñas fincas agrícolas, aumentando su capacidad competitiva; 6. Armonizar y coordinar las acciones del gobierno para apoyar el desarrollo regional descentralizado.

Y también con la Propuesta para el desarrollo socio-económico con equidad, igualdad y universalidad. **Paraguay para Todos y Todas.** Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020³⁰, en su eje: Calidad de Vida para todos y todas.

- **Objetivo General:** Fomentar la participación ciudadana para incidir en la toma de decisiones y en la rendición de cuentas.
- **Objetivo Específico:** Promover e incorporar la participación protagónica de la ciudadanía y la gestión social, desde los territorios sociales, de modo a dar respuesta a sus necesidades, articulando a distintos sectores del desarrollo social que promuevan la calidad de vida y salud.

Así también con la Secretaría de la Mujer, a través del III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017, con el aspecto relacionado con la salud integral (³¹).

1.5. Descripción de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el Programa

La Unidad de Salud de la Familia es la estructura física y funcional en la que se desarrolla una parte importante de la estrategia de la APS, de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en él. La USF asume la responsabilidad sanitaria y social de la atención de una comunidad definida demográfica y geográficamente, y en sus actividades han de estar contemplados tanto los aspectos de prevención de la enfermedad, promoción de la salud como la prestación de servicios asistenciales o curativos.

A través de este enfoque se pretende mejorar la salud de la población y disminuir las inequidades, al posibilitar el acceso y la utilización de servicios de salud, para las poblaciones en situación de pobreza y extrema pobreza históricamente excluidas (asentamientos campesinos, urbano marginales e indígenas). A la vez, se actúa también sobre las causas sociales que generan las enfermedades, desde los territorios sociales donde viven y se relacionan las personas, mediante la participación y gestión comunitaria que demanda el cumplimiento de sus derechos políticos, civiles, sociales, económicos y culturales, a los garantes de derechos de las instituciones gubernamentales, en la búsqueda de construir intersectorialmente y desde el nivel local, calidad

³⁰ Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Gabinete Social. Propuesta para el desarrollo socio-económico con equidad, igualdad y universalidad. **Paraguay para Todos y Todas.** Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2010. 1era. Edición. 2010. 128 pp..

³¹ UNFPA-Secretaría de la Mujer. III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017, Asunción, Junio 2008. 67 pp.

vida y salud, demandando el cumplimiento de sus derechos, en el marco de una red de Protección Social.

Del total de USFs instaladas sólo 113 USF cuentan con Agentes Comunitarios de Salud, los cuales se ubican en los departamentos de Asunción, Central, Cordillera, Caaguazú, Canindeyú y Concepción. En el caso de Asunción, los agentes comunitarios fueron incorporados ya en el año 2008, en cambio para los demás departamentos, se efectivizó recién en el año 2010.

Los servicios que ofrecen las Unidades de Salud de la Familia son gratuitos. Debido a la distribución de las USF en todos los departamentos del país, el tiempo de traslado de la población hasta las Unidades de Salud de la Familia, es mínimo. Se garantiza la proximidad de los servicios de las USF donde vive y trabaja la población, debido a que cada unidad tiene a su cargo de 3.500 a 5.000 habitantes, posibilitando a la misma el acceso cercano a sus hogares.

Las referencias que realizan las USF de zonas rurales hacia Servicios de Salud de mayor complejidad, no están a más de 40 km de distancia. Se trató de prever en las instalaciones de cada USF el tiempo que se tarde en acceder a una Policlínica o Centro Ambulatorio de Especialidades, sea a lo sumo de 30 minutos en un vehículo de transporte.

El horario de funcionamiento de cada USF es de 8 horas diarias, de lunes a viernes, de 7 a 15 hrs.

En el marco del acceso cultural, las USF proponen evitar las discriminaciones, además de buscar estrategias específicas para poblaciones muy alejadas, grupos étnicos muy dispersos, etc., para los cuales se busca crear un sistema de atención con Equipos de Salud de la Familia móviles. Se contempla además que en lugares donde existen poblaciones e infraestructura, pero están muy alejadas, y no pueden contar con médicos permanentes se formarán Equipos de Salud de la Familia con profesionales de enfermería y agentes comunitarios, con médicos que asistan uno o algunos días a la semana, para atender a la población previamente seleccionada por este equipo local.

Proceso a seguir para la instalación y funcionamiento de las USF (³²)

- ✓ Identificación de las comunidades que cumplen los requisitos de población, necesidad, y disponibilidad de recursos locales.
- ✓ Información y sensibilización de autoridades sanitarias, políticas, sociales e institucionales para presentación de la propuesta mediante: entrevistas, presentación pública, paneles, reuniones.
- ✓ Delineamiento de acuerdos con las autoridades sanitarias locales y regionales. Delimitación de responsabilidades y funciones de cada una de las partes.
- ✓ Identificación y delimitación de territorios sociales.
- ✓ Adecuación de infraestructura y equipamiento de las USF.
- ✓ Selección de profesionales y Agentes Comunitarios en Salud (ACS) mediante concurso público.
- ✓ Capacitación inicial de profesionales y ACS.

³² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria en Salud. **Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia.** Julio 2009. 20 pp.

- ✓ Delimitación de responsabilidades y funciones de los miembros del Equipo de Salud de la Familia.
- ✓ Inauguración de la USF.
- ✓ Acta de instalación y presentación pública.

Dentro de la Estructura Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar, las Unidades de Salud de la familia se corresponden con un Subprograma: 22-APS Medicina Familiar, contenido dentro del Programa 1-Atención Primaria en Salud. La Dirección General de Atención Primaria de Salud (DGAPS) definió para el año 2009 un solo producto: 1. Atención integral a la población en general con diversas dolencias o patologías, a la hora de definir sus actividades lo hizo tomando las 4 grandes áreas de intervención de la Atención Primaria en salud dentro de sus actividades: 1. Actividades de prevención; 2. Actividades de Promoción; 3. Actividades de Recuperación; y 4. Actividades de Rehabilitación (^{33, 34}).

Para el año 2010 definió dos productos: A. Atención Integral a la población en general con diversas dolencias o patologías, en donde nuevamente se definían las actividades de 1. Actividades de prevención; 2. Actividades de Promoción; 3. Actividades de Recuperación; y 4. Actividades de Rehabilitación; y B. Rectoría (³⁵).

De esa cuenta el componente es: Atención Integral a la población en general con diversas dolencias o patologías y los subcomponentes:

1. Atención Integral la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Prevención.
2. Atención Integral la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Promoción de Salud.
3. Atención Integral la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Recuperación de la Salud.
4. Atención Integral la Población en General con Diversas Dolencias o patologías. Actividades de Urgencias y Emergencias.

³³Ver: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Administración y Finanzas. Dirección de Presupuesto-Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. **Informe de Gestión de las actividades desarrolladas. Ejercicio Fiscal 2009.** M.SP.YB.S. DGAPS/AYF No.2/2009. Mimeo. Pp. 4.

³⁴ Ver: A) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Informe de Evaluación y Control resumido. Año 2010. mimeo; B)Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Ficha Técnica Ejercicio Fiscal 2010. Mimeo. Pp.4.; C) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Ficha Técnica Ejercicio Fiscal 2011. Mimeo. Pp.4

³⁵Ver: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Administración y Finanzas. Dirección de Presupuesto-Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. **Informe de Gestión de las actividades desarrolladas. Ejercicio Fiscal 2010.** M.SP.YB.S. DGAPS/AYF No.421/2010. Mimeo. Pp. 4; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Administración y Finanzas. Dirección de Presupuesto-Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. **Informe de Gestión de las actividades desarrolladas. Ejercicio Fiscal 2010.** M.SP.YB.S. DGAPS/AYF No.714/2011. Mimeo. Pp. 4

Las actividades son ofrecidas de manera general para toda la población incluyendo de forma explícita a poblaciones excluidas a través de la integración de los programas por ciclos vitales y desarrollo de autonomías en cada etapa del ciclo vital, de manera a atender los principales problemas de cada etapa de la vida de las personas. El enfoque de género se explica al considerar a la mujer no en su rol reproductivo exclusivamente, sino de mujer con el abordaje de temas de violencia y salud mental, entre otros.

En cuanto a la atención integral a la población, la integración de los programas por ciclos vitales y desarrollo de autonomías en cada etapa del ciclo vital se ofrece:

Sub-componente Prevención

Infancia

Inmunizaciones.

Vigilancia de crecimiento y desarrollo.

Prevención y asistencia en salud bucal

Prevención de accidentes en el hogar y en la comunidad

Adolescencia y juventud

Adicciones

Salud sexual y reproductiva

Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias

Prevención y asistencia en salud bucal

Prevención de accidentes en el hogar y en la comunidad

Mujer

Prevención y tratamiento a los problemas odontológicos

Planificación familiar.

Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias

Adulto/a

Salud bucal

Adulto/a mayor

Salud bucal

Vigilancia de la salud

Búsqueda y captación de grupos de riesgo

Control de vectores

Registro y notificación de enfermedades

Vigilancia epidemiológica comunitaria

Sub-componente Promoción:

Infancia

Violencia Familiar

Orientación sobre hábitos saludables
Salud Mental

Adolescencia y juventud

Violencia familiar
Orientación sobre hábitos saludables
Adicciones
Salud Mental

Mujer

Violencia familiar
Salud Mental

Adulto/a

Orientación sobre hábitos saludables
Salud mental

Adulto/a mayor

Promoción de la autonomía del adulto mayor
Orientación sobre hábitos saludables
Salud mental

Vigilancia de la salud

Promoción de la salud ambiental

Actividades organizativas y de participación social

Censo Comunitario
Charlas educativas
Formación de grupos de apoyo
Apoyo de organizaciones sociales
Participación en Asambleas y reuniones de la Comunidad
Presentación de informes a la Comunidad

Sub-componente Recuperación de la Salud

Infancia

Atención a enfermedades de la infancia

Adolescencia y juventud

Atención a enfermedades del adolescente y joven

Mujer

Atención integral a la salud de la mujer
Atención integral a la salud sexual y reproductiva
Atención prenatal.

Adulto/a

Atención integral al hombre y mujer en edad adulta
Prevención, tratamiento y control de enfermedades crónicas-degenerativas
Prevención, tratamiento y control de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
Salud Sexual y Reproductiva
Control de tuberculosis y lepra.

Adulto/a mayor

Atención integral al hombre y mujer en edad adulta
Prevención, tratamiento y control de enfermedades crónicas-degenerativas
Salud sexual y reproductiva
Prevención, tratamiento y control de enfermedades infectocontagiosas y parasitarias
Control de tuberculosis y lepra.

Servicios generales

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

Sub-componente Urgencias y emergencias

La atención a situaciones que pongan en riesgo la vida o la estabilidad hemodinámica de las personas en todos los ciclos de la vida, algunas de las cuales pueden requerir su traslado a un nivel de mayor complejidad del sistema de salud.

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

Investigación y docencia

Además contempla seis Proyectos de desarrollo de autonomía, los que están orientados hacia la Promoción de la Equidad en Calidad de Vida y Salud frente a las amenazas y daños de la autonomía en todas las etapas del ciclo provocadas por: Enfermedades Crónico- degenerativas, Enfermedades Infecto – Parasitarias, Problemas de Salud Sexual y Reproductiva, Problemas de salud bucal, Problemas de Salud Mental y Traumatismos y lesiones extremas.

1.6. Procesos de producción de los componentes

A continuación se ofrecen los flujogramas correspondientes a los componentes mencionados anteriormente.

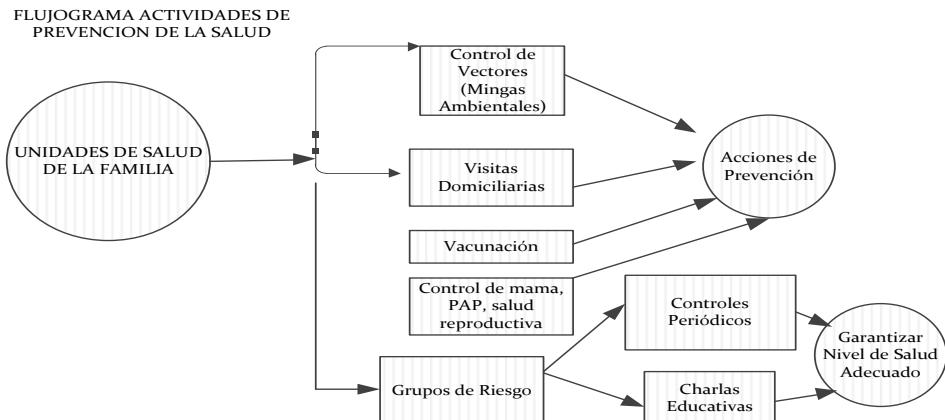
1.6.1. Flujogramas con las actividades involucradas

A continuación se ofrecen los flujogramas correspondientes a los componentes definidos en la matriz de evaluación. Se desarrollan los componentes uno y dos en tanto son factibles de mostrar el proceso de producción del componente. El componente de atención a población se ha subdividido en sus principales actividades las cuales son:

1. Porcentaje de personas atendidas en poblaciones con hasta 5000 habitantes con USF funcionando
 - 2.1 Actividades de Prevención
 - 2.2 Actividades de Promoción de Salud
 - 2.3 Actividades de Recuperación
 - 2.4 Actividades de Urgencias y Emergencias.

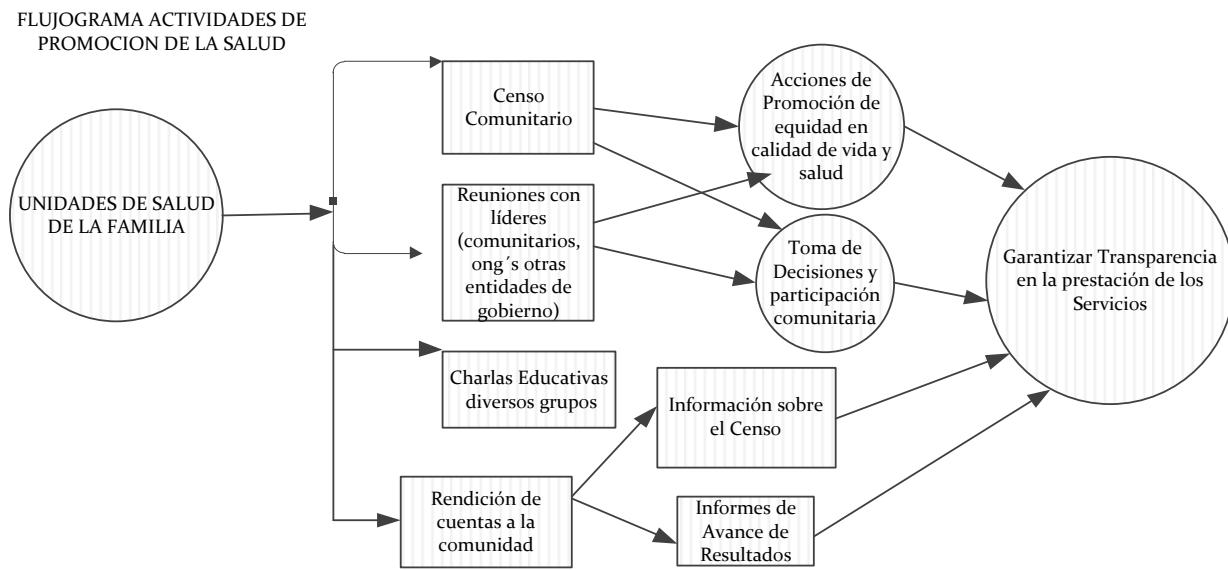
El flujograma tanto para recuperación como de urgencias y emergencias es uno sólo, en tanto que dichas actividades se entrecruzan.

Gráfica No. 1 Flujograma de actividades de Prevención de la Salud de las Unidades de Salud de la Familia. Agosto 2008-diciembre 2010.



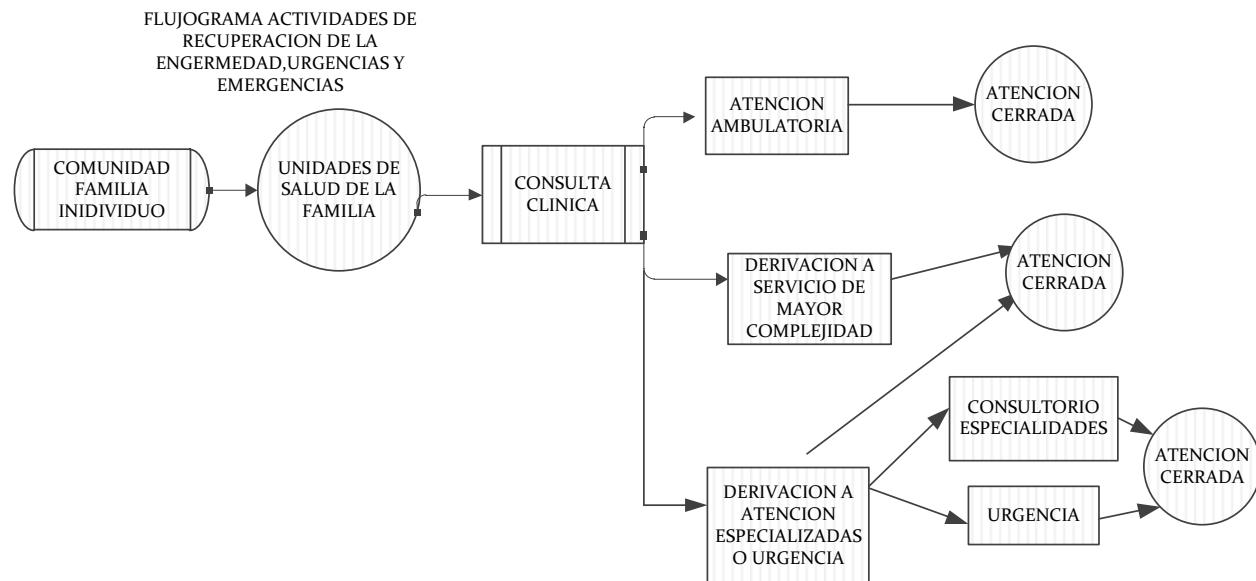
Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de la Dirección General de Atención Primaria de Salud-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Abril 2011.

Gráfica No.2 Flujograma de actividades de Promoción de la Salud de las Unidades de Salud de la Familia. Agosto 2008-diciembre 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de la Dirección General de Atención Primaria de Salud-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Abril 2011.

Gráfica No3 Flujograma de actividades de Recuperación de la Salud, de Urgencias y emergencias de las Unidades de Salud de la Familia. Agosto 2008-diciembre 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de la Dirección General de Atención Primaria de Salud-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Abril 2011.

1.6.2. Modalidades de producción de bienes y/o servicios

Para la contratación del personal que laboraría en las USF se realizaron los siguientes concursos públicos

Tabla No. 1 Número de concursos para contratación de personal USF. Años 2008.2010

Concursos Año 2008 al 2010	Total
Año 2008	2
Año 2009	30
Año 2010	28
Total	41

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

Una vez constituido el Equipo de Salud de la Familia (ESF) y asignado el territorio de responsabilidad, los miembros del equipo reciben una capacitación para cumplir con un plan de trabajo que debe considerar al menos los siguientes pasos:

- Realización de un censo poblacional. El censo es un instrumento que permite adscribir a la población y realizar un diagnóstico de salud, demográfico y social para poder desarrollar un plan de intervención territorial.
- Elaboración de un mapa del territorio de intervención.
- Elaboración de la Lista de Usuarios, una vez sistematizadas y procesadas las fichas familiares.
- Presentación a la Comunidad de los datos obtenidos.
- Análisis de Situación de Salud del territorio. El equipo de salud, con la participación de la comunidad, analizará los datos obtenidos tras la realización del censo y mapa de la comunidad e identificará las prioridades de salud.
- Elaboración del Plan de Salud Territorial. El equipo de salud con la participación de la comunidad elaborará un Plan de Salud Territorial tomando como base las prioridades seleccionadas en el análisis de situación de salud.

1.6.3. Funciones Generales del Equipo de Salud de la Familia

- Participar del proceso de territorialización y mapeo del área de actuación del equipo.
- Identificar grupos, familias e individuos expuestos a riesgos, incluyendo los ocupacionales y laborales; y realizar actualización continua y permanente de dichos informes.
- Cuidar la salud de la población adscrita en el ámbito de las Unidades de Salud de la Familia, en el domicilio y demás espacios comunitarios (escuelas, asociaciones, clubes, etc.) que sean necesarios.
- Realizar acciones de atención integral conforme a las necesidades de salud de la población local, las previstas como prioridades y dentro del plan de gestión de las USF.
- Garantizar la integralidad de la atención mediante la promoción de la salud que incluye actividades preventivas, educativas, curativas, de rehabilitación y de vigilancia de la salud.

- Garantizar la atención de las demandas espontáneas, las consultas programadas y las urgencias.
- Garantizar el desarrollo de las acciones programáticas en el servicio y en la comunidad.
- Realizar búsqueda activa de enfermedades de notificación obligatoria u otras situaciones de riesgo para la salud colectiva e informar a las instancias correspondientes.
- Escuchar y atender las necesidades de los usuarios en todas las acciones, proporcionando atención humanizada, estableciendo o reforzando el vínculo del ESF con las personas.
- Responsabilizarse de la población adscrita, manteniendo la coordinación del cuidado tanto a nivel de las USF, como con las otras redes del Sistema cuando sea necesario.
- Planificar y evaluar las acciones del equipo, a partir de la utilización y análisis de datos disponibles.
- Promover la movilización y participación de la Comunidad en la gestión social del territorio.
- Identificar líderes, organizaciones u otros recursos de la Comunidad que puedan potenciar las acciones transectoriales con el equipo.
- Garantizar la calidad del registro de las actividades en el Sistema Nacional de Información.
- Participar de las actividades de educación permanente para los integrantes de los ESF.
- Realizar reuniones periódicas del equipo para organizar y planificar el trabajo en equipo, programar y evaluar las acciones al interior de la USF y con la comunidad.
- Realizar otras acciones y actividades a ser definidas y que vayan surgiendo de acuerdo a las prioridades locales.

1.6.4. Identificación de participación ciudadana

A través de la instalación de las Unidades de Salud de la Familia, la ciudadanía tiene la oportunidad de participar tanto en actividades de Prevención, de Promoción como de recuperación del daño a la salud.

En el ámbito de las actividades de prevención, la ciudadanía puede participar activamente en el control de vectores, en colaborar en la identificación y captación de los grupos de riesgos; así como en la planificación de actividades en salud.

En las actividades de promoción, la población puede participar activamente en la realización de los censos, en el diseño de los mapas del territorio; en las reuniones comunitarias de planificación, en las actividades de rendición de cuentas; así como en activar como promotor/a voluntario/a en charlas educativas. También pueden actuar como contralores sociales.

En el ámbito de las acciones de recuperación de salud y/o de urgencias o emergencias, la comunidad suele participar activamente en la búsqueda de vehículo para el traslado de los pacientes; garantizar que se realice la atención adecuada y con calidad de las personas, etc.

1.6.5. Especificación de responsabilidades directas y delegadas a terceros (privados o públicos)

En la producción de los componentes (producción de servicios en salud), como se vio ya en el fluograma relacionado con la instalación de las USF, las reuniones y los acuerdos tanto con autoridades de salud locales y regionales, como con autoridades políticas e institucionales en los territorios sociales, determinan los procesos de instalación en los territorios sociales definidos en las Regiones Sanitarias.

1.6.6. Criterios de focalización y mecanismos de selección de beneficiarios del Programa

El Programa se va expandiendo de manera progresiva, inicialmente respetando los criterios de focalización orientados a llegar a las familias más pobres y excluidas de los servicios de salud, y posteriormente a todos los otros distritos.

Los criterios de focalización son:

- ✓ Identificación de las comunidades que cumplen los requisitos de población, necesidad, y disponibilidad de recursos locales.
- ✓ El índice de Priorización Geográfica (IPG)³⁶
- ✓ Población excluida, sean estas poblaciones Indígenas o las viven en asentamientos, y barrios marginados de las zonas urbanas
- ✓ Dificultades de accesibilidad a los servicios de salud, de la población.
- ✓ Disponibilidad de infraestructura de salud mínima necesaria.
- ✓ Organización social de apoyo.
- ✓ Posibilidad de establecer las redes de atención y tener cobertura territorial.
- ✓ Apoyo de autoridades locales, regionales y sociales
- ✓ Existencia de otros programas enfocados a grupos vulnerables, dentro del principio de Equidad.

³⁶ El Índice de Priorización Geográfica (anteriormente conocido como Índice de Priorización para la Localización de la Inversión Social en Pobreza Extrema –PLIPEX-) se construyó entre los años 2003 y 2004, cuando el gobierno central decidió poner en marcha una serie de programas orientados a la lucha contra la pobreza. Está basado en información que combina la medición de la pobreza extrema según ingresos y según necesidades básicas insatisfechas (NBI). A partir de estas mediciones el gobierno definió los 66 distritos más pobres del país a ser priorizados en las intervenciones sociales. En una revisión posterior se pudo constatar que el IPG tenía un fuerte sesgo rural, por lo que las comunidades pobres de los grandes centros urbanos quedaban fuera. En el 2009 se toma la decisión de ampliar a 88 distritos, incluyendo algunos distritos y barrios de la ciudad de Asunción. Consultar: A.Sosa, Zulma. **El uso de los indicadores de NBI en los programas de lucha contra la pobreza en Paraguay**. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. CELADE/CEPAL-CEA/CEPAL-UNFPA. Junio 2010. 27 pp. B. Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social (STP) - Secretaría General de la Presidencia **Informe 2009. Gobierno Nacional**. Julio 2009. 87 pp.

- ✓ Comunidades con posibilidad de intervención integral en articulación con otras instituciones u organismos de cooperación nacional o internacional.

1.6.7. Instrumentos y procedimientos diseñados para cada componente del Programa

Para las actividades de Prevención y Promoción se utiliza el censo comunitario como un primer mecanismo para el acercamiento a las familias y a los individuos. Después se realiza un mapa del territorio y un plan de acciones prioritarias a ser llevadas a cabo en el territorio social.

Se llevan una serie de formularios de registro en las cuales se van detallando tanto las actividades de prevención como de promoción que se realizan. Se realizan visitas domiciliarias tanto por oferta (cuando el equipo decide visitar una comunidad determinada), 1-2 veces por semana; como por demanda (a requerimiento de individuos o familias que reportan de algún familiar o conocido que está enfermo y que no puede asistir a las instalaciones sanitarias). Esto queda registrado en formularios de reporte mensual que serán enviados posteriormente a la Región Sanitaria y desde allí procesados para ser enviados al equipo central de la Dirección General de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), y a la Dirección General de Atención Primaria de Salud.

Se llevan una serie de formularios de registro en las cuales se van detallando tanto las actividades de prevención como de promoción que se realizan. Se realizan visitas domiciliarias tanto por oferta (cuando el equipo decide visitar una comunidad determinada, 1-2 veces por semana); como por demanda (a requerimiento de individuos o familias que reportan de algún familiar o conocido que está enfermo y que no puede asistir a las instalaciones sanitarias). Esto queda registrado en formularios de reporte mensual que son enviados posteriormente a la Región Sanitaria y desde allí procesados, para ser enviados al equipo central de la Dirección General de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), y a la Dirección General de Atención Primaria de Salud.

En el ámbito de las acciones de recuperación de la salud, de urgencias y emergencias, se cuentan con formularios de registro diario de pacientes, con datos específicos de edad, sexo, procedencia, tipo de consulta y tratamiento recibido, que son procesadas mensualmente y después enviadas a la Región Sanitaria y al equipo central de la Dirección General de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES), y a la Dirección General de Atención Primaria de Salud.

1.6.8. Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago a beneficiarios intermedios o finales

Las transferencias para las USF no se hacen por transferencia directa, sino de la siguiente manera (³⁷):

a- En recursos humanos se contrata a nivel central a través de la DGAPS y la Dirección General de Recursos Humanos.

b- Las inversiones físicas se realizan de acuerdo a la necesidad de cada local, teniendo en cuenta que la mayor parte de los locales son Puestos y Centros de salud preexistentes, que necesitan refacciones, ampliaciones y/o construcciones nuevas, en grado de inversión diferente en cada USF a instalar.

c- El monto asignado para la provisión de medicamentos se consolida en la Dirección General de Insumos Estratégicos (DGIE), quien se encarga de la compra y distribución a las regiones sanitarias, quien distribuye los medicamentos, pero a todos los servicios de la región, eso incluye los hospitalares regionales, distritales y centros de salud.

d- Lo mismo ocurre con la compra y distribución de instrumentales, la compra y distribución lo hace la misma Dirección General de Insumos Estratégicos, a través de las regiones sanitarias.

e- La compra y distribución de mobiliario e impresos los realiza la Dirección General de APS y se distribuye equitativamente a las Regiones Sanitarias.

1.6.9. Mecanismos diseñados para recuperación de gastos total o parcial y aportes a terceros

En este punto destaca la **gratuidad de los servicios de salud**, implementado progresivamente y mediante Resoluciones Ministeriales, como respuesta a un elevado gasto de bolsillo en salud de numerosas familias paraguayas, cuyo valor llega al 65% del gasto privado en salud (³⁸). Es así que en el año 2009, se avanzó progresivamente en el acceso gratuito a los servicios para el tratamiento de las Lesiones Precursoras de Cáncer de Cuello Uterino y de Mamas, como la crioterapia, conización del cuello uterino, escisión electroquirúrgica por asa, mamografía y biopsia de mamas (Resolución S.G. 512 del 21/07/09). En el área de salud bucodental (Resolución S.G. 568 del 11/08/09), se dispuso la gratuidad de las consultas odontológicas y procedimientos tales como extracciones, inactivaciones, obturaciones, periodoncia, radiografías y urgencias; así también el tratamiento gratuito de las malformaciones congénitas de boca y paladar (labio leporino y fisura palatina). A comienzos de setiembre de 2009, se amplió la exoneración de pagos para salud ocular en relación a las consultas, estudios auxiliares de diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico (Resolución S.G. 632 del 02-09-09). Finalmente, la exoneración de aranceles para todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos

³⁷ Datos proporcionados por el Doctor Nicolás Tanaka. Dirección General de APS. Mayo 2011.

³⁸ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan de contingencia en salud septiembre 2008-marzo 2009. Asunción, septiembre 2008. Mimeo. 12 pp.

y servicios de ambulancia ofrecidos en todos los hospitales, centros y puestos de salud, unidades de salud de la familia y otras dependencias de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Resolución S.G. 1074 del 21-12-09).

Esta medida de política sanitaria tiene un impacto evidente desde dos aspectos relacionados entre sí. Por un lado, se constituye en una acción afirmativa para posibilitar el ejercicio del derecho a la salud, reduciendo significativamente el gasto de bolsillo que deben hacer las familias para la atención y recuperación de su salud, y en ese sentido, se articula con la estrategia de combate a la pobreza en el marco de la política social del gobierno.

1.7. Caracterización y cuantificación de población potencial

Tal como ya mencionamos anteriormente, en la actualidad se cuenta con 503 USF distribuidas en 210 distritos con mayores índices de pobreza de las 18 Regiones Sanitarias, cubriendo aproximadamente a 2.012.000 personas, equivalente a aproximadamente un 31.2% de la población paraguaya ⁽³⁹⁾. La población potencial serían las los 6.451.000 habitantes estimados para el año 2010 ⁽⁴⁰⁾. El total estimado para la cobertura nacional es de 1300 equipos ⁽⁴¹⁾.

Hasta el año 2010 no se había incorporado el enfoque de género para la cuantificación de la población potencial. Es partir del año 2011 cuando se empieza a incorporar el mismo. Esto se hace a nivel de los reportes mensuales que debe ofrecer cada una de las USF en funcionamiento.

1.8. Caracterización y cuantificación de población objetivo

La APS es implementada de manera gradual, en territorios sociales conformados alrededor de las Unidades de Salud Familiar (UFS). Se espera que cada UFS acompañe a aproximadamente 3500-5000 personas en un determinado territorio social ⁽⁴²⁾. Como ya se mencionó anteriormente cuando se mencionaron los criterios de focalización, la población objetivo es fundamentalmente la población en situación de pobreza, excluida en el pasado de los servicios sociales; que presenta dificultades de acceso a los servicios de salud.

Sin embargo el Programa tiene considerado extenderse a toda la población del país, por lo que el área geográfica del Programa incluye los diecisiete departamentos más la ciudad de Asunción, que constituye la XVIII Región Sanitaria; a fin de universalizar a toda la población los servicios de Atención Primaria en Salud; por lo que la población objetivo del Programa es también la población potencial que habita en las comunidades en donde se instalan las USF.

³⁹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Atención Primaria en Salud. Voces de la Gente. Boletín Especial. Atención de Calidad en la Comunidad. Atención Primaria en Salud. Asunción, sin fecha. Página 4

⁴⁰ Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay: Proyección de la Población Nacional por sexo y edad. 2000-2050. Asunción, Paraguay, Diciembre 2005. Pp. 119.

⁴¹ Presentación de “**Políticas Públicas para Calidad de Vida y Salud con Equidad en el Paraguay**”. Meta Emblemática 500 Unidades de Salud de la Familia; MSP y BS. 2011.

⁴² **Territorios sociales:** A cada USF de APS le corresponde un determinado territorio, donde se formarán grupos de gestión social, integrados por miembros de la comunidad con el objetivo de promover la calidad de vida en el territorio. En estos grupos tendrán participación otros sectores como transporte, ambiente, saneamiento básico, educación, alimentación y vivienda entre otros. Los territorios sociales conformados alrededor de las Unidades de APS, serán el lugar donde convergerán y se articularán los diferentes sectores sociales, lugar a partir del cual se hará posible la participación ciudadana. espacios donde transcurren sus vidas y sus relaciones sociales. Es en los territorios sociales donde se detectan y definen los problemas y determinantes que atentan contra la salud de las personas y se los combate (**Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad, página 6**).

1.9. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

La Dirección General de Atención Primaria de la Salud es la instancia ministerial encargada de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el país, a través de la implementación de las Unidades de Salud de la Familia (USF) en las 18 Regiones Sanitarias del país.

En la actualidad la Dirección General de APS cuenta con un total de: 24 funcionarios, distribuidos de la siguiente manera: Dirección General (3); Dirección de Atención a la Familia (4); Dirección de Gestión y Desarrollo Social (3); Dirección de Educación y Capacitación (1); Dirección Administrativa (12); y más recientemente la Dirección de Gestión Tecnológica y Publicaciones (1). Tiene 14 Coordinadores Regionales de APS.

Del total de USF que se han instalado (503); el personal incluye: 452 Médicos; 498 Licenciados en Enfermería; 491 Auxiliares de enfermería; 345 agentes comunitarios de salud; 45 promotores comunitarios indígenas; 13 coordinadores regionales; 5 odontólogos; una bioquímica, un auxiliar de administración, y una persona de servicios generales. Se contrató el siguiente personal:

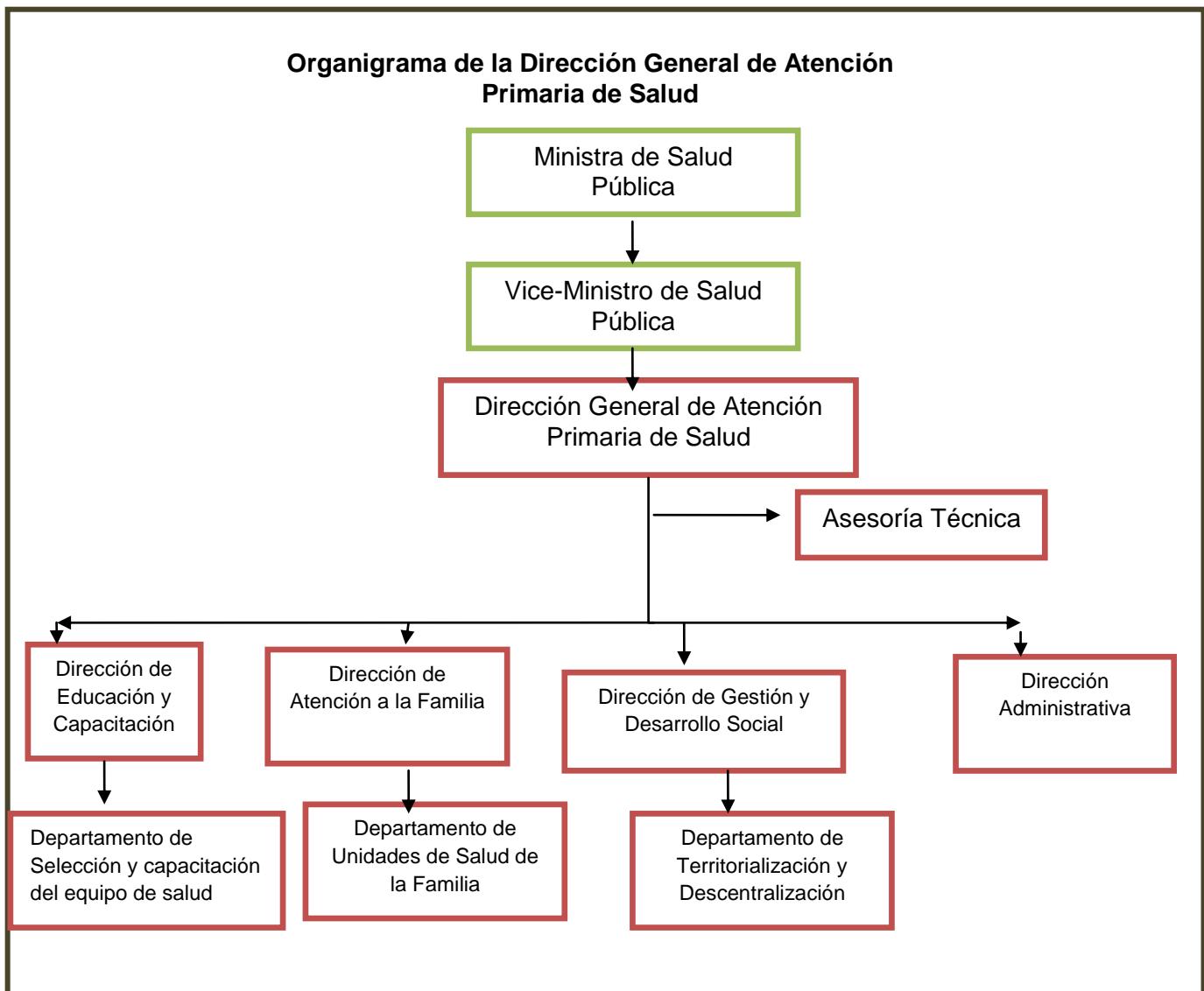
Tabla No.2 Personal contratado por profesión y departamento. Unidades de Salud de la Familia. Años 2008-2010

Etiquetas de fila	MEDICO/A	LIC.ENF./OB S.	AUX.ENF.	AGE.C OM.	PROM.COMUNIT ARIO INDIGENA	ODONT.	COORD. REG.	BIOQUI MICA	AUX.AD M.	SERV. GENE RALES	Total general
01 CONCEPCION	23	26	26	29			1				105
02 SAN PEDRO	35	37	36		2	1	1				112
03 CORDILLERA	25	26	25	27							103
04 GUAIRA	35	37	36	3		1	1				113
05 CAAGUAZU	24	29	29	39	10		1				132
06 CAAZAPA	26	33	33		1		1				94
07 ITAPUA	35	36	36		4		1				112
08 MISIONES	22	24	22				1				69
09 PARAGUARI	30	31	31				1				93
10 ALTO PARANA	37	42	41		3		1				124
11 CENTRAL	71	70	71	136		1					349
12 ÑEEMBUQU	15	18	18								51
13 AMAMBAY	17	20	17				1				55
14 CANINDEYU	23	28	27	21	4		1				104
15 PDTE. HAYES	7	10	8	16	13		1				55
16 ALTO PARAGUAY	4	4	4		6	2					20
17 BOQUERON	3	6	6		1						16
18 CAPITAL	20	21	25	74	1		1	1	1	1	145
Total general	452	498	491	345	45	5	13	1	1	1	1852

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

El organigrama actual de la Dirección General de Atención Primaria de Salud es el siguiente (⁴³):

Gráfica No.4 Organigrama de la Dirección General de Atención Primaria de Salud



Coordinación de la USF a Nivel de la Región Sanitaria

El jefe/a de APS de la Región Sanitaria depende orgánicamente de la Región Sanitaria debiendo coordinar sus acciones con la Dirección General de APS, siendo el vínculo entre la Dirección Regional Sanitaria y la DGAPS.

⁴³En los Anexos puede encontrarse una copia del Organigrama actual del Ministerio de Salud Pública y su relación con la Dirección General de APS.

Sus funciones son:

- Coordinar la Red de APS de la Región sanitaria.
- Promover la articulación de la Red de APS con las otras redes del Sistema Nacional de Salud a nivel regional.
- Monitorear el desempeño de los Equipos de Salud de la Familia.
- Apoyo organizativo y administrativo de las unidades de Salud de la Familia de la Región Sanitaria.
- Seguimiento y apoyo al desarrollo de la estrategia de APS según el manual de funciones.
- Organización y supervisión del Sistema de Información.
- Coordinar acciones e intervenciones territoriales con la Dirección Regional y la Dirección General de APS.
- Canalización de demandas, necesidades y recursos de las unidades.
- Conformar y liderar el/los Núcleos de Apoyo Técnico para los ESF.
- Facilitar la capacitación permanente de los ESF en coordinación con la DGAPS.

Coordinación de la USF a nivel local

La coordinación del Equipo de Salud será ejercida por el/a médico/a o licenciado/a en enfermería u obstetricia según capacidad o perfil para el cargo. El/a coordinador/a dependerá del departamento de APS de la Región Sanitaria y de la DGAPS.

En la unidad donde exista más de un equipo, el/a coordinador/a será designado/a de común acuerdo entre los miembros de los equipos, la DGAPS y el director regional de APS. La designación será por el tiempo acordado entre las partes, pudiendo además ser ejercida de manera rotatoria entre los profesionales de los equipos.

Corresponden al Coordinador/a las siguientes funciones:

- Representar oficialmente a la USF en su área de influencia.
- Dirigir al personal de la USF, resolviendo los conflictos de atribuciones y competencias que pudieran plantearse.
- Elaborar y aplicar los reglamentos internos de la USF y las normas legales vigentes de funcionamiento de los servicios de salud y del ejercicio profesional.
- Programar las actividades con la colaboración de los responsables de las demás USF y de la comunidad, ajustándolas al análisis de la situación de Salud y a los Planes que se derivan para cada USF.
- Adecuar la estructura organizativa de la USF de acuerdo a los recursos humanos y materiales disponibles, con el objetivo de lograr los fines programados.
- Delegar funciones y asignar responsabilidades a los demás miembros del equipo resolviendo los conflictos que se pudieran presentar entre ellos.
- Coordinar la capacitación y el adiestramiento del personal de acuerdo con las necesidades de salud de la comunidad y del equipo.
- Supervisar permanentemente las acciones de salud, la distribución y utilización de los recursos humanos, materiales y financieros.
- Gestionar ante la autoridad superior y la comunidad los recursos necesarios para el cumplimiento de los fines de la institución.

- Promover y estimular el trabajo en equipo, las relaciones humanas armónicas y el bienestar del personal.
- Coordinar las acciones de la unidad con otras redes del sistema y con otras instituciones de la Comunidad.
- Velar para que el sistema de información permita el conocimiento oportuno y adecuado de los datos para tomar decisiones y evaluar la gestión.
- Promover al máximo la atención humanizada que reciban los usuarios, con calidad, eficacia, y rendimiento en la atención.
- Promover e impulsar la organización y participación de la comunidad a través de las diferentes instancias de participación social (asambleas comunitarias, consejos, comités, etc.) en el control de la gestión de los servicios y en la promoción de la calidad de vida.
- Corregir las deficiencias que se observen en el desarrollo de las actividades de las USF.
- Proponer las medidas correctivas oportunas que deriven del incumplimiento de las normas.
- Administrar los recursos financieros otorgados al establecimiento de salud, cuando los hubiere y velar por los bienes patrimoniales.
- Garantizar el cumplimiento de registros y notificaciones en tiempo y forma oportunas según normas del MSP-BS
- Facilitar el monitoreo y la supervisión capacitante para fortalecer la capacidad técnica y resolutiva de los miembros del equipo.
- Promover la evaluación de satisfacción del usuario y la participación comunitaria mediante la aplicación de diversos métodos de encuesta y técnicas cualitativas
- Efectivizar la rendición de cuentas e informe de gestión ante Asambleas comunitarias, consejos de salud u otra instancia de participación comunitaria
- El o la Coordinador/a como miembro de una de las USF desarrollará las funciones asistenciales que le correspondan.

Entre los actores implicados en la implementación del Programa se encuentran: el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social – MSP y BS, a través de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud; las 18 Regiones Sanitarias; el Plan Ampliado de Inmunización – PAI; la Dirección General de Atención a Grupos Vulnerables; la Dirección General de Programas de Salud; la Dirección General de Promoción de la Salud; la Dirección General de Vigilancia de la Salud; la Dirección General de Salud Indígena; el Programa de Salud Sexual y Reproductiva; y la Dirección General de Bioestadística; la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República; la Secretaría Nacional de la Niñez y Adolescencia; las gobernaciones entre otros.

1.10. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

El monitoreo de las USF es responsabilidad de la Dirección General de APS y del Departamento Regional de APS, según el Manual de funciones de las Unidades de Salud de la Familia (⁴⁴).

A nivel de la Dirección General de Atención Primaria de Salud, se realizan visitas periódicas tanto a las regiones sanitarias, como a las USF distribuidas en su territorio. En las regiones sanitarias se realizan reuniones generales con delegados de los equipos de las USF (en dichas reuniones participan representantes de la Dirección de Atención a la Familia y de la Dirección de Gestión Social). En estas reuniones se analizan los avances en la elaboración de los censos, elaboración de mapas, la situación de salud en las comunidades, así como los problemas con los que tropiezan los equipos de salud para su buen funcionamiento. Se analiza también las respuestas de los otros niveles de servicios de salud en su área de influencia. Estas reuniones son periódicas y están enmarcadas dentro del control de gestión de las USF. Se toma nota en un libro de actas e informes de uso interno para el seguimiento del cumplimiento de las funciones de las USF. Aún no se cuenta con herramientas oficiales de seguimiento, dado que se debe contar con la aprobación de la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES).

Los datos recabados están en proceso de sistematización, aunque dicho proceso se encuentra con limitaciones por la carencia de recursos humanos necesarios. En el momento de la evaluación por parte del equipo, se contaba con la presencia de un asesor técnico (en condiciones de préstamo, por la Dirección General de Planificación) que viene realizando la labor de procesar estadísticamente los resultados.

Desde su instalación las USF empiezan a generar una serie datos (censo comunitario; mapas de territorio; planes de intervención en salud, consultas, tipos de patologías atendidas, tratamientos; referencias, charlas educativas, acciones de prevención, etc.). La descarga de dicha información se da en instrumentos utilizados por los demás servicios de salud (cuadernillo de servicios prestados ver anexo), los mismos son presentados a la Dirección de Bioestadística Regional que posteriormente realiza un conglomerado de datos y lo envía a nivel central a la Dirección General de Información Estratégica en Salud. Por algunas limitaciones relacionadas con escasez de recursos humanos (⁴⁵), conectividad a internet, carga y procesamiento de todos los datos, el proceso de producción de estadística actualizada se encuentra con algunos retrasos significativos.

A partir de la instalación de las USF nuevas, se crean los registros de los pacientes en esos territorios sociales y pasan a migrar los anteriores modelos de fichas clínicas al nuevo modelo de

⁴⁴ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Manual de funciones de las Unidades de Salud de la Familia. Julio 2009. 20 pp.

⁴⁵ Las unidades de estadística de las Regiones Sanitarias usualmente cuentan con una o dos personas para el trabajo del procesamiento de toda la información que se genera en el departamento. Las USF empezaron a generar datos para los cuales las unidades de estadística regionales y a nivel de la Dirección General de Información Estratégica en Salud no estaban preparados para procesarlos con los instrumentos que se tenían diseñados anteriormente. Los ajustes del sistema han llevado su tiempo, lo cual ha provocado algunos atrasos en la producción y utilización de la información.

fichas, y generando este nuevo ordenamiento la posibilidad de que los informes tengan más contenido y frecuencia. Se elaboran también unas fichas de reporte mensual de actividades.

El manual de funciones de las USF establece que debe darse un monitoreo de las mismas, cada 6 meses, lo cual incluya (⁴⁶) :

1. Cobertura a la población asignada.
2. Desarrollo de Actividades Programáticas por ciclo vital.
3. Accesibilidad de los Servicios.
4. Cumplimiento de las metas
5. Participación social
6. Impacto social Satisfacción del usuario

En relación a los puntos anteriores, las actividades de monitoreo incluyen de manera regular las actividades de los puntos 1,3,4,5 quedando pendientes la realización más frecuente de los puntos 2 y 6.

También existen los siguientes instrumentos de monitoreo:

- ✓ Matriz de monitoreo (⁴⁷).
- ✓ Informe de prestación de servicios.
- ✓ Planillas de registros.
- ✓ Encuestas a los usuarios.
- ✓ Actas de Asambleas o reuniones comunitarias.
- ✓ Actas de Supervisión de las Direcciones.

Instrumentos para la operacionalización y gestión de las USF

- ✓ Ficha de censo familiar
- ✓ Mapa referenciado
- ✓ Lista de población adscrita a la Unidad (padrón o catastro)
- ✓ Registros de Actividad Diaria de la USF
- ✓ Planillas de registro de las/os Agentes Comunitarias/os de Salud
- ✓ Historia Clínica de cada usuario
- ✓ Hoja de Referencia y Contra referencia
- ✓ Registros de Población en Programas específicos
- ✓ Registros de farmacia
- ✓ Agenda de controles y citas médicas.

⁴⁶ En el manual de funciones no están definidos los mecanismos a través de los cuales se llevan a cabo estos procesos.

⁴⁷ La matriz de monitoreo es a nivel de cada una de las USF que se va a visitar. En dicha matriz se recogen datos relacionados con el funcionamiento de la USF, entre ellos: datos del censo, mapa referenciado; control y seguimiento a grupos de riesgo; visitas domiciliarias; reuniones y charlas comunitarias, control de inmunización, etc. La matriz aún está en proceso de validación.

Base de datos

El Programa cuenta con una base de datos en el cual se procesa el número de consultas y las patologías que son atendidas en cada una de las USF. Esta base se actualiza mensualmente, pero es informada al Ministerio de Hacienda cada tres meses. También se recogen datos relacionados con las actividades preventivas y de promoción.

La Dirección General de APS ha llegado a un consenso con la Dirección General de Información Estratégica en Salud para la elaboración de un módulo experto que consiste en una serie de instrumentos que servirán a las USF para tener registro oficiales, debido a que la Atención Primaria realizan muchas actividades que no serían visibles ni registrables con los registros actuales. Con dicho módulo experto se podrá tener los registros mucho más completos y actualizados.

Línea de Base del programa

Un elemento valioso para evaluaciones posteriores lo constituyen los censos comunitarios, en tanto que nos permite conocer la situación de salud *Ex Ante*, es decir, anterior a la intervención de las USF.

“Cada una de las USF es un proyecto distinto con un inicio distinto que permite mediante la participación comunitaria un proceso de planificación participativa (de acuerdo a las características de cada una de las comunidades) y de implantación de los plazos y metas anuales de trabajo, cuyos cumplimientos sirven de base para evaluar la actividad/efectividad de los ESF por sus efectos en su área de responsabilidad, más que por el simple hecho de aumento de número de consultas en el servicio” (⁴⁸).

Señalar evaluaciones anteriores del Programa

El Programa ha tenido 4 evaluaciones anteriores, y actualmente se encuentra bajo una quinta evaluación. Las cuatro primeras son las siguientes:

1. Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular (SER). **Evaluación de Infraestructura de la construcción de 22 USFs nuevas distribuidas en 6 departamentos** que consideró los siguientes puntos: A. Fiscalización técnica (arquitectónica y de ingeniería) de las construcciones e instalaciones; b. Verificación del equipamiento y mobiliario asignados. Octubre-diciembre 2009. El objetivo de esta primera etapa fue el de monitorear la situación de la infraestructura física de las USF y el georeferenciamiento de cada una de ellas. (⁴⁹)
2. Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular (SER). **Evaluación de Gestión en 10 USF sobre el funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar-USF**, que contempló los siguientes puntos: a) Cumplimiento de principios, metas y objetivos establecidos; b)

⁴⁸ Comentarios del Dr. Aldo Irala, Dirección de APS. Entrevista abril 2011.

⁴⁹ Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular –SER. **Informe Final. Monitoreo Lote 1: Puesta en funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar.** Monitoreo de las actividades desarrolladas en el marco del “Programa de lucha focalizada contra la pobreza” Convenio ALAS/2006/018-053. Unión Europea. Marzo 2010. 159 pp.

Apropiación y empoderamiento de las comunidades usuarias, autoridades sanitarias y municipales; c) Articulación institucional con otros programas sociales. Octubre a diciembre 2009 (⁵⁰)

3. Miryan Caballero, Verónica Denis, Milciades Flecha, Carmen Gómez, Cristina Guillén, Rogelio Ibañez y Marcial Samudio. **Evaluación del Programa Emblemático:** Unidades de Salud de la Familia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe Final. Ministerio de Hacienda-Gabinete Social-Presidencia de la República. Proyecto Evaluación de programas gubernamentales “Evaluamos para mejorar la calidad de la gestión pública”. Diciembre 2010. 42 pp.
4. Decidamos-Campaña por la expresión ciudadana. **Evaluación del proceso de instalación del modelo de Atención Primaria en Salud en 30 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 4 departamentos del país.** Cuyo objetivo fue Analizar el proceso de instalación del modelo de Atención Primaria en Salud, vivido a través de la implementación de las Unidades de Salud de la Familia. Octubre-Diciembre 2010. 23 pp.

La quinta evaluación y aún en proceso, es la siguiente:

Altervida, **Evaluación del proyecto: “Fortalecimiento de Servicios de Atención Primaria con énfasis en salud materno Infantil, sexual y reproductiva en Paraguay”**, que actualmente se ejecuta de manera conjunta entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Cruz Roja Española y la Fundación Kuña Aty Octubre 2010-mayo2011.

La primera evaluación realizada por SER arrojó los siguientes resultados:

Se llevó a cabo la visita y revisión de las 22 USFs distribuidas en 6 departamentos. El objetivo de esta primera etapa fue el de monitorear la situación de la infraestructura física de las USFs y el georeferenciamiento de cada una de ellas. Las 22 USF monitoreadas fueron, en el departamento de Concepción, Distrito de Horqueta: Alemán Cue, el Asentamiento Arroyito Núcleo 6, Callejón San Antonio, la Compañía Capitan Gimenez, Compañía Totora; En el Departamento de San Pedro; en el distrito de Lima: Colonia Primavera (Sanguina Cue); en el distrito de Choré: San Francisco; en el distrito de General Resquín: Crescencio González; en el Departamento de Caaguazú, distrito de Yhú: Mariscal López-Calle 2^a; Pindeó, Sidepar 3000; distrito de Carayaó: Paraguazú; en el departamento de Caazapá, distrito de Caazapá: Ñu Pyhahu Guasu; en Tavaí: Ñu Pyhahú Guazú; Ñu Pyhahú-Manzana núcleo 1; en Abaí: María Auxiliadora y Tarumá; en del Departamento de Itapúa, distrito de San Pedro del Paraná: Potrero Benítez; San Cayetano; en el distrito de Alto Vera: Tarumá; en el Departamento de Canindeyú, distrito de Curuguaty: Carro Cue, y Maracaná 5º Encuadre; y en el distrito de Villa Ygatimi: Ybypyta II.

⁵⁰Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular –SER. **Informe Final. Monitoreo Lote 1: Puesta en funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar.** Monitoreo de las actividades desarrolladas en el marco del “Programa de lucha focalizada contra la pobreza”. Convenio ALAS/2006/018-053. Unión Europea. Marzo 2010. 159 pp.

Como **conclusiones** del monitoreo se pudo señalar que:

Todas las USF contaban con las dimensiones indicadas en los planos.

Todas las USF contaban con los detalles constructivos de acuerdo a lo indicado en los planos.

- En la mayoría de los locales, las piletas de cocina y de lavadero no contaban con sifón, excepto los del Consultorio odontológico, las que iban conectadas directamente a los registros cloacales.
- El desagüe pluvial de las canaletas de bajada, cuya única función es derivar a un caño de 100 mm. descarga directamente al terreno natural, ocasionando erosiones que más tarde provocarían el descalce del caminero que rodeaba al edificio.
- Varios terrenos, no presentaban las mejores condiciones para el emplazamiento de las edificaciones sin prever una regularización inicial del terreno, antes de la construcción o con posterioridad a la misma. Se observaron casos en que el nivel de piso de la edificación quedaba por debajo del nivel del patio posterior, con el consecuente riesgo de inundación en casos de fuertes lluvias o al menos, que se vean afectados por raudales provenientes de la zona posterior del edificio.
- Se identificaron los lugares donde debían realizarse estas reparaciones.
- En algunas localidades, los techos han sido afectados por fuertes vientos.
- Con relación a la infraestructura la Dirección General de APS se concluyó pleno conocimiento de las limitaciones que presenta en relación a la infraestructura.
- Ante la necesidad de dar respuesta a las necesidades de salud de la población se optó por seguir adelante el proceso de instalación de las USF a la par de ir dando respuesta a los arreglos y reparaciones de la infraestructura, aún cuando los procesos para la reparación son un tanto lento, dado las especificidades establecidas en las licitaciones y que muchas veces los recursos financieros son insuficientes para cubrir el total de instalaciones de salud que requieren ser reacondicionadas.
- Otro problema grave que afectó la inversión en infraestructura es que en muchos lugares el Ministerio de Salud Pública no cuenta con los títulos de propiedad respectivos, por lo que una buena parte del esfuerzo también requiere la regularización de dichas propiedades, previo a la inversión pública.

Se recomendaba:

- La necesidad de colocación de bastidores con tela metálica en la parte exterior de todas las ventanas tipo balancín, solución no incluida en el Proyecto, para evitar el ingreso de insectos al local de salud.
- El desagüe pluvial de las canaletas de bajada podría corregirse con la construcción de un canal de ladrillos, a cielo abierto, de modo a conducir el agua de lluvias hasta los puntos más bajos del terreno, alejados de la edificación.
- Se recomienda instruir a los responsables de las USF, sobre la correcta utilización de la red cloacal, evitando arrojar papeles u objetos diversos en las cañerías.
- Se debería contar con buenos accesos que permitan la rápida llegada y evacuación de los usuarios. Si bien esta tarea no es competencia del MSP y BS, no puede dejar de mencionarse la necesidad de articular acciones que permitan que los caminos de acceso sean de todo tiempo.

En la segunda evaluación realizada por SER, se obtuvieron los siguientes resultados:

Las 10 USF monitoreadas fueron, en el departamento de Concepción, Distrito de Horqueta: Alemán Cue y la Compañía Capitan Gimenez; En el Departamento de San Pedro; en el distrito de Lima: Colonia Primavera (Sanguina Cue); en el Disrito de Choré: San Francisco; en el Departamento de Caaguazú, distrito de Carayaó: Paraguazú; en el departamento de Caazapá, distrito de Caazapá: Ñu Pyhahu Guasu; en Abai: Tarumá; en del Departamento de Itapúa, distrito de Alto Vera: Tarumá; en el Departamento de Canindeyú, distrito de Curuguaty: Carro Cué; y en el distrito de Villa Ygatimí: Ybypyta II.

Las **conclusiones** más importantes del estudio eran:

- El número de personas atendidas por día era de aproximadamente 25 personas. Las USF cumplieron con su objetivo al prestar atención a mujeres embarazadas, las cuales siguen el tratamiento prenatal en las USF. Esto es valorado por las comunidades, cuyos miembros ya no se desplazan a las ciudades para la atención médica.
- Los medicamentos eran proveídos a los/a pacientes,
- Las enfermedades más atendidas estaban relacionadas a las condiciones de precariedad en que se desenvuelven las familias campesinas, éstas son: infecciones urinarias, parasitosis, desnutrición y anemia. Para estas enfermedades se necesita una medicina preventiva, antes que curativa.
- El censo se sigue realizando en las comunidades, aunque en algunos casos están finalizando o ya han finalizado.
- En general el personal de blanco manifestaba un buen relacionamiento con la comunidad, con la cual, generalmente, se reúne en forma ocasional, aunque también se dan casos en que el relacionamiento es más frecuente y los trabajos son más constantes.
- La formación de los profesionales en la mayoría de la salud es débil en relación ste sentido y en la mayoría de ellos y ellas no es consciente la importancia del involucramiento comunitario en las USFs.

Entre las **recomendaciones** se sugería:

- El establecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación constante del personal de blanco para mantener la mística que demuestran actualmente. El control permitirá corregir ciertas prácticas como llegadas tardías y salidas tempranas, que se empiezan a evidenciar en algunos casos.
- Los recursos humanos necesitaban de capacitaciones sobre el trabajo que debían realizar con las comunidades para empoderarlas y llevar un relacionamiento armónico.
- La necesidad del establecimiento de mecanismos eficientes para la provisión de los medicamentos a las USF ya que insumen tiempo y dinero al personal de blanco o a los Sub-Consejos.
- Abordar la problemática de la falta de infraestructura edilicia para que el personal pueda vivir en la comunidad y atender casos de urgencia fuera del horario de atención habitual. Poder vivir en la misma comunidad facilitaría el relacionamiento comunitario y evitaría los problemas de entrada y salida del personal.
- La capacitación a las comunidades debía incluir fuertemente el enfoque preventivo y también social. Urgía un plan de capacitación integral desde la salud comunitaria con enfoque de género. Si bien es importante la presencia masiva de mujeres como personal

de blanco, esto no garantiza una perspectiva de género en su trabajo, de allí también la importancia de incorporar la temática de género en las acciones sanitarias del MSPBS.

- Superar la incoherencia del MSPBS por el doble discurso, por un lado, incentiva la formación de los Sub-Consejos de Salud y por el otro, no facilita su participación en todas las fases de instalación y funcionamiento de las USF ni le ofrece las herramientas necesarias para empoderarse.
- Los Programas de Transferencia Condicionada han sido los que mejor disposición han tenido para las coordinaciones, aunque era necesario asegurar un relacionamiento más sistemático y continuo a través de un plan de trabajo local, entre la USF y los Programas, con la participación de los Sub-Consejos de Salud.
- Se debe incentivar el involucramiento de las autoridades locales en el funcionamiento de las USF. Los municipios prestan muy poca atención al servicio, así como las gobernaciones y otras instituciones públicas.

En la tercera evaluación realizada bajo el Proyecto Evaluación de programas gubernamentales “Evaluamos para mejorar la calidad de la gestión pública”⁵¹, sus objetivos fueron el de constatar la efectiva implementación y el funcionamiento de las 276 Unidades de Salud de la Familia, instaladas entre noviembre de 2008 y julio de 2010 por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en 144 distritos de mayor pobreza, distribuidos en los 18 departamentos del país. Al mismo tiempo, conocer la percepción de la población respecto a los servicios recibidos en dichas unidades, desde el punto de vista de los cambios resultantes, los aprendizajes adquiridos y los desafíos identificados.

Como metodología, se realizó una evaluación intermedia, cuali-cuantitativa, a una muestra estratificada de 22 Unidades de Salud de la Familia distribuidas en 12 departamentos del país, además de las instaladas en la capital, aplicándose los instrumentos diseñados, a través de entrevistas a los Equipos de Salud de la Familia y grupos focales a los usuarios de las unidades. Las 22 USF visitadas fueron las siguientes: i) Mbuyapey de la Colonia María Antonia, Departamento de Paraguari; ii) Asentamiento Tarumá de Caazapá; iii) Unión de San Pedro; iv y v) Capitán Giménez y Arroyito - Núcleo 3, de Horqueta, Concepción; vi) 13 Línea – Yroysá de Colonia Independencia, Guairá; vii) Colonia Chacoré - Arroyito, Distrito de Repatriación, Departamento de Caaguazú; viii) Itakyry de Alto Paraná; ix) Carro Cué – Curuguatý de Canindeyú; x y xi) La Paz y Bella Vista de Itapúa; xii al xiii) Mónpox, Tobatí y Coronel Duarte de Cordillera; y xiv) Sanja Pytá de Amambay, xvi y xvii) Irala Fernández y Pozo Colorado, de Presidente Hayes; xviii) Móvil Indígena de Concepción; y xviii) Móvil indígena de Amambay.

Por último, aquellas instaladas para atención de población urbana marginalizada de Asunción y Gran Asunción, en el periodo establecido, que incluye a un total de 35 USF, seleccionándose entre ellas el 10%, es decir 4 unidades que incluye a: xix) Marquetalia; xx) Santa Ana; xxi) Republicano; y xxii) San Cayetano.

⁵¹Miryan Caballero, Verónica Denis, Milciades Flecha, Carmen Gómez, Cristina Guillén, Rogelio Ibañez y Marcial Samudio. **Evaluación del Programa Emblemático: Unidades de Salud de la Familia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.** Informe Final. Ministerio de Hacienda-Gabinete Social-Presidencia de la República. Proyecto Evaluación de programas gubernamentales “Evaluamos para mejorar la calidad de la gestión pública”. Diciembre 2010. 42 pp.

Siendo por tanto, 22 el número total de Unidades de Salud de la Familia seleccionadas y visitadas.

De las 22 USF visitadas, el 100 % están instaladas y funcionando. En todas se han verificado diferentes aspectos, entre ellos; i) construcción, ampliación y mantenimiento de infraestructura; ii) equipamiento disponible de acuerdo al listado básico; iii) contratación de personal de salud; iv) capacitación del personal integrante del equipo de la USF; v) disponibilidad de medicamentos; vi) disponibilidad y aplicación del sistema de registro tales como censo, historia clínica, planilla diaria de atención, ficha de registro de pedido y entrega de medicamentos (IMI) y Kardex).

Las **conclusiones** más destacadas se refieren a:

- Todas las USF evaluadas contaban con un equipo de profesionales de la salud previamente capacitados en la estrategia, aunque sólo unas pocas incluyen a los agentes comunitarios de salud, considerándose Equipos de Salud de la Familia completos.
- La cobertura de población atendida por las USF es significativa y favorece el acceso al derecho a la salud y a la superación de barreras geográficas, sociales, económicas y culturales, sobre todo para las poblaciones alejadas y con elevados niveles de pobreza, evidenciadas por el incremento de consultas y personas atendidas.
- Las personas son consideradas en su entorno familiar y comunitario, incluyendo sus condiciones de vida, con una clara responsabilidad sanitaria hacia la población asignada, enfatizándose en la promoción de la salud y la interacción con otros actores e instituciones.
- Incorpora prácticas nuevas como el censo comunitario y las visitas comunitarias para conocer el perfil de la población asignada y la interacción de la misma con el ESF.
- Existen deficiencias en la infraestructura de las USF tales como las reparaciones insuficientes, los espacios físicos reducidos y al menos una carencia en equipamientos, en cada una de ellas.
- La provisión de medicamentos es irregular e insuficiente para cubrir la demanda.
- El sistema de información así como el de regulación, comunicación y transporte, están con un desarrollo incipiente.
- En el Chaco, aún persisten barreras importantes desde el punto de vista geográfico, social y cultural que requieren ser abordadas y superadas. Se requiere todavía fortalecer y ampliar una visión y acción más integral de la salud, que posibilite actuar sobre los determinantes sociales.
- En cuanto a la calidad de atención recibida, en el 100% de los grupos focales manifestaron que pueden ver importantes cambios desde la instalación de las Unidades de Salud de la Familia y que lo perciben como la forma efectiva de ejercicio del derecho a la salud. Expresaron estar muy conformes con la atención recibida actualmente, pues cuentan con servicios cercanos a sus domicilios adonde recurrir cuando lo necesitan, se respeta el orden de llegada, actualmente el horario de atención es mayor, de 07:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes; se hace seguimiento a los pacientes, reciben visitas en las casas principalmente en los casos que no pueden recurrir al servicio, el trato recibido es amable, etc.
- Los mecanismos de transferencia de información desde el nivel local hasta el nivel nacional mantiene dificultades, debido a que el sistema de información en los diferentes

niveles no está suficientemente preparado para la recepción y procesamiento de la diversidad de datos generados por las USF. Existe carencia de equipos informáticos.

La evaluación realizada por Decidamos-Campaña por la expresión ciudadana mostraba lo siguiente (⁵²). Se incluyó a 30 Unidades de Salud de la Familia (USF), siguiendo un patrón de observación que tomara en cuenta la mayor concentración de personas (Departamento Central); dos departamentos con altos índices de población en pobreza y pobreza extrema (San Pedro y Caaguazú); y un departamento de ingreso medio (caso de Guairá).

Las USF que se visitaron fueron: Diecinueve Unidades de salud en el departamento Central (19): 1. Comunidad Marín Caaguy (Santa María); 2. Comunidad Yaguareté Corá (Ycuá Duré); 3. San Roque; 4. Santa Ana; 5. Virgen de Luján; 6. Santa Rosa; 7. San Alfonso Bañado Sur; 8. Centro de Salud No. 11; 9. San Blas; 10. San Cayetano; 11. 24 de junio; 12. Capiatá (Kennedy); 13. Villeta (Kumbarity); 14. Nueva Italia (Pindaty); 15. Itaguá (Potrero Guazú); 16. Areguá (Valle Pucú); 17. Areguá (Isla Valle); 18. San Lorenzo (24 de Junio); 19. San Lorenzo (Marquetalia); Cuatro Unidades de salud en el Departamento de Caaguazú: 1. Peyupá; San Joaquín; 2. Teniente Morales, Alemán Cué; 3. Paraguazú; 4. Simón Bolívar. Cinco Unidades de salud en el Departamento de San Pedro: 1. Yataity del Norte (Barrio San Francisco); 2. Cruce Liberación (Choré); 3. Cruce Liberación (Santo Domingo); Dos Unidades Departamento de Guairá: 1. Paso Yobai (3 de Noviembre); 2. Colonia Independencia (Potrero del Carmen);

Las visitas se realizaron entre el mes de octubre y noviembre del año 2010. Se entrevistaron 124 usuarios de los servicios, 103 personas eran de sexo femenino (83.1%) y 21 personas eran de sexo masculino (16.9%). Se entrevistó además a los 64 funcionarios de salud.

Las conclusiones obtenidas por en el estudio fueron las siguientes:

Usuarios

- Un 75% de la población entrevistada se sentía sumamente satisfecha por los servicios ofrecidos a nivel de las USF; a lo que podría sumarse un 15% que dijo que la atención era buena. Es decir, un 90% de la población se siente satisfecha por los Servicios ofrecidos a nivel de las USF.
- Un 85% de las personas entrevistadas (105 personas) indicaron que ellas mismas habían llevado además a otros familiares a consultar a la USF. Lo que de nuevo pone de manifiesto el nivel de satisfacción que la población analizada muestra por los servicios prestados a nivel de salud.
- Al preguntárseles al total de personas que han asistido a las USF sí han tenido que esperar mucho, un 36.9% respondió que sí (45 personas); mientras que 77 personas (63.1%) dijeron que no; que la atención fue relativamente rápida. Solo 2 personas (1.6%) no respondieron.
- Al preguntárseles a dichas personas, sí cuando llevaron a sus familiares, les habían atendido bien en los servicios, 104 personas (84%) indicaron que sí; y 2 personas (1.6%); respondieron que no les habían atendido bien.

⁵²Decidamos-Campaña por la expresión ciudadana. **Evaluación del proceso de instalación del modelo de Atención Primaria en Salud en 30 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 4 departamentos del país.** Asunción, Octubre-Diciembre 2010. 23 pp.

- Al preguntársele a las personas entrevistadas, sí consideraban que se les habían realizado los exámenes que necesitaban, 112 personas (90%) indicaron que sí se les había realizado los exámenes respectivos; 12 personas (10%) indicaron que no se les había realizado los exámenes que necesitaban, ya que varias de ellas necesitaban pruebas Hematológicas, Radiografías, o electrocardiogramas, etc. y que en la USF no había dicho recurso para llevar a cabo los estudios respectivos.
- Al preguntárseles sí habían recibido los medicamentos que necesitaban para su tratamiento, sólo 21 personas (17%) indicaron que sí; las restantes 103 personas (83%) indicaron que no; estas mismas personas indicaron que en la actualidad hay una carencia importante de medicamentos en los establecimientos de salud.
- Al preguntárseles a las personas entrevistadas, sí habían sido invitadas a participar en algunas actividades organizadas por las USF, sólo un 40% de las personas entrevistadas (50 personas) indicaron que habían sido invitadas a participar. Las restantes 74 personas (60%) no habían sido invitadas.

Funcionarios

- Al preguntárseles cómo describirían los servicios que actualmente ofrecen las USF, 17 personas (26.5%) indicaron que eran excelentes; 34 personas (53%) indicaron que eran muy buenos; 11 personas indicaron que eran buenos (17.2%); y solo 2 personas (3.1%) indicaron que los servicios eran regulares.
- Estos resultados mostraron un alto nivel de satisfacción del personal de salud con la instalación de las USF, con casi un 80%; y un 17% más que consideran que se está a un nivel adecuado.
- Al preguntárseles a las personas entrevistadas, sí habían sido invitadas a participar en algunas actividades organizadas por las USF, 40 de ellas (63%) indicaron haber no sólo sido invitadas, sino también haber asistido a charlas, reuniones, cursos de capacitación,. Indicaron también estar promoviendo una serie de acciones orientadas a mejorar la participación de la comunidad.

Conclusiones

Usuarios

- 86 personas (70%) indicaron que la necesidad más grande es la dotación de medicamentos;
- Treinta y nueve personas (31.5%) indicaron la necesidad de contar con más médicos, sobre todo con médicos pediatras; otros especialistas, además de odontólogos.
- Veinticuatro personas (20%) indicaron la necesidad de dotar a los servicios de laboratorios, así como de Rx.
- Veinte personas (16%) indicaron la necesidad de mejorar el trato a los pacientes, por parte del personal de blanco; además de mejorar el tiempo de atención.
- Quince personas (12%) indicaron la necesidad de ampliar la atención de las USF por la noche y los fines de semana.

- Diez personas (8%) indicaron la necesidad de mejorar la infraestructura edilicia existente (sobre todo incorporando servicios sanitarios, agua potable y lugar para higiene, tanto para el personal de las USF, como de los pacientes).
- Diez personas (8%) indicaron la necesidad de contar con agentes comunitarios de salud; así como contar la colaboración de la municipalidad y las autoridades de salud.

Funcionarios

- 50% del personal de salud indicó que el problema más serio que hay que resolver es la dotación de medicamentos.
- La situación de falta de medicamentos es una de las necesidades urgentes a resolver en el corto plazo.
- Un 32% indicó la necesidad de mejorar la infraestructura de las instalaciones sanitarias en las que actualmente desarrollan su trabajo (la cual presenta en algunos casos carencia de baños, de agua potable, etc.).
- El 28% de los funcionarios entrevistados considera que los insumos que el Ministerio de Salud actualmente proporciona son insuficientes
- Un 15% de los funcionarios entrevistados considera que es necesario fortalecer los equipos con promotores o agentes comunitarios de salud; así como también mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes.

1.11. Reformulaciones del Programa

El programa no ha sufrido reformulaciones. En esencia lo que se ha hecho es ir desarrollando la propuesta implementado de manera progresiva, conforme a la dotación de recursos tanto financieros como humanos que recibe la Dirección General de Atención Primaria en Salud.

1.12. Otros programas relacionados

A nivel interno, la DGAPS trabaja muy de cerca con las Direcciones regionales, a través del contacto directo con el Director Regional, mediante un trabajo coordinado y regular, donde se busca lograr la aceptación por parte del *Staff* regional de las políticas públicas y la adecuación de las actividades de las USF ya instaladas a una lógica de red de servicios y la realización de un proceso transparente de instalación de las nuevas USF de acuerdo a criterios establecidos desde el MSPBS y la DGAPS.

La relación entre las USF y los hospitales, que son sus servicios de referencia, se realiza a través de los encuentros de capacitación y reuniones de coordinación, los que se llevan a cabo a instancia de los Directores Regionales y su *Staff* que comprende a los directores de programas, directores de servicios y al encargado del Departamento de APS regional. Todas las USF logran la integración con todos los programas, teniendo en cuenta que a partir de la conformación e instalación de los Equipos de Salud de la Familia (ESF), se les capacita para ello y los coordinadores regionales deben lograr este objetivo. Los ESF son monitoreados y acompañados y evaluados por la Dirección Regional conjuntamente con la DGAPS, de manera a tomar las medidas correctivas y promover los ajustes necesarios.

Con otras organizaciones relacionadas al campo de la salud se cuenta con la elaboración de convenios y acuerdos de intervención sobre todo con los servicios de Salud establecidos por las Gobernaciones y Municipalidades lo que ha permitido la instalación de Unidades de Salud de la Familia en Puestos de Salud construidos por las Gobernaciones y Municipalidades en algunos Departamentos.

Otras instituciones que apoyaron desde el principio la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el Paraguay fueron, la fundación Kuña Aty (⁵³), la Agencia Internacional, AECID-España (⁵⁴), la Organización Panamericana de la Salud-Paraguay (⁵⁵), la Fio-Cruz de Brasil (⁵⁶) y a partir del 2010 la Entidad Binacional de Itaipú (⁵⁷).

La Dirección General de APS también ha firmado convenios de cooperación técnica con la JICA (Agencia de cooperación del Gobierno de Japón), con la cual se fortalecerá la red de APS en los departamentos de Caaguazú y Alto Paraná.

El gobierno de Marruecos ha ofrecido su colaboración económica para el fortalecimiento de la infraestructura de las regiones sanitarias de Caazapá y Guairá.

El gobierno de Corea contribuyó con la construcción de la USF en la comunidad de Boquerón, del departamento del Guairá. Dicha USF cuenta con todo el equipamiento necesario para funcionar de manera adecuada, y dependiendo de los resultados de la misma, la cooperación podría incrementarse en los próximos años.

La entidad binacional Yacyretá ha colaborado a través de los Consejos Regionales de Salud de Misiones y de Itapúa y al fortalecimiento de la estrategia APS, y actualmente se analiza la posibilidad de contratar Agentes Comunitarios de Salud a través de dicho apoyo.

También se ha contado con la colaboración de diversas organizaciones no gubernamentales y organizaciones religiosas, que han cooperado para que se instalaran las USF en locales de su pertenencia.

La mayor parte de las USF están situadas en territorios en donde se encuentran localizados Programas relacionados con la lucha contra la Pobreza, sobre todo con el programa Tekoporá. En un alto porcentaje de las USF donde existe el Programa Tekoporá existe una estrecha relación de cooperación con los guías de familia y responsables del Programa, porque algunas de las corresponsabilidades que las familias miembros del programa deben alcanzar se refieren a controles periódicos de salud de sus hijos, vacunación, controles de nutrición, etc. También

⁵³Entidad con la que se viene desarrollando varios proyectos siendo el más importante el fortalecimiento de los servicios de APS con orientación a Salud Sexual y Reproductiva.

⁵⁴Entidad con la cual se está desarrollando actividades de capacitación para planificación estratégica en 11 departamentos.

⁵⁵Entidad con la cual se desarrollan trabajos en el área de creación de Protocolos de manejos clínicos y herramientas de gestión para los ESF.

⁵⁶Con la cual se realizan intercambios que buscan fortalecer el conocimiento de experiencias exitosas de implementación de la estrategia de APS, además de brindar un fuerte apoyo a la realización de protocolos clínicos así como brindar la experiencia del SUS (Sistema Único de Salud) relacionada a la gestión de los servicios de salud.

⁵⁷Principalmente en sus áreas de influencia (Canindeyú y Alto Paraná) al que se sumó Guairá. El proyecto va orientado principalmente a fortalecer las infraestructuras donde funcionan las USF así como para completar el equipamiento necesario para su buen funcionamiento.

participan en jornadas de divulgación de los servicios como de charlas educativas (⁵⁸). Como lo refiere el estudio de SER la concurrencia de los niños a la atención médica, especialmente en los días previos al cobro de la ayuda monetaria es más alta (⁵⁹).

Desde sus comienzos se trabaja cercanamente con la Coordinadora Ejecutiva para la Reforma Agraria -CEPRA- cuyo objetivo principal es el de coordinar y promover el desarrollo económico, social, político y cultural, además de impulsar la gestión de las políticas públicas en asentamientos creados y contribuir al logro de la reforma agraria (⁶⁰), priorizando la instalación de USF en asentamientos identificados por la CEPRA.

A través de la estrategia APS y la instalación de las USF, el Ministerio de Salud Pública ha sido uno de los ministerios que ha contribuido más de cerca con CEPRA desde sus inicios, al haber instalado diversas USF cerca de los asentamientos humanos que dicha institución debe cubrir. También se han instalado Unidades de Salud de Familia Móviles a fin de poder atender a las comunidades pequeñas que están muy aisladas y en donde, por el tamaño de la población, no se justificaba la instalación permanente de una USF.

A su vez coordina acciones a través del Gabinete Social (⁶¹); y con la Unidad de Economía Social del Ministerio de Hacienda para la implementación de las Metas Emblemáticas. Recibe asistencia técnica de ambos organismos.

Con el Ministerio de Educación y Cultura coordinan actividades con los programa Escuela Viva y Escuelas saludables, los cuales persiguen el mejoramiento de las escuelas rurales, la inclusión de la población pobre, así como la participación de la comunidad (⁶², ⁶³).

Se coordinan actividades también con el Vice Ministerio de Minas y Energía en las áreas de influencia del programa EUROSOLAR dependiente de la Comunidad Económica Europea.

⁵⁸ En el año 2005, el gobierno de Paraguay seleccionó 66 distritos a ser priorizados para la intervención de programas de lucha contra la pobreza. Es en este momento cuando se pone en marcha la Red de Protección Social a través de tres programas: 1. Programa Familias (Tekoporá), el cual tiene por objetivo mitigar y superar las condiciones sociales adversas de la población paraguaya en extrema pobreza y prevenir su transmisión intergeneracional; 2. El Programa ABRAZO, atendiendo al compromiso del Estado con la Erradicación Progresiva del Trabajo Infantil en las calles; y 3. El Programa específico para Puerto Casado (ÑOPYTYVO) implementado desde el 2005 y se desarrolla en Puerto La Victoria.

⁵⁹ Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular –SER. **Informe Final. Monitoreo Lote 1: Puesta en funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar.** Monitoreo de las actividades desarrolladas en el marco del “Programa de lucha focalizada contra la pobreza”. I Convenio ALAS/2006/018-053. Unión Europea. Marzo 2010. 159 pp.

⁶⁰ Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. **Segundo Informe al Congreso Nacional. Período 2009-2010.** Julio 2010.

⁶¹ El Gabinete Social fue creado en el año 2003. En el 2006 las funciones del Gabinete Social, fueron ampliadas a través del Decreto Nro. 6.601 el que establece que es el “organismo coordinador de las políticas y los programas sociales del gobierno”. En el año 2009 a través del Decreto Presidencial N° 1799 del 14 de abril de 2009 se reestructura el Gabinete Social. Se define ahora al Gabinete Social como el organismo de carácter Técnico Político de la Presidencia de la República, por medio del cual el Poder Ejecutivo dirige los procesos de definición, instalación, monitoreo y evaluación de las Políticas Sociales de Gobierno. Con ello se pretende aumentar la coordinación, articulación y complementariedad de las políticas sociales en general y a nivel territorial en particular.

⁶² Ministerio de Educación y Cultura. **Manual de Implementación Escuela Rural**. Mimeo. 61 pgs.

⁶³ Lachi, Marcelo: **Sistematización de Actividades y Resultados del programa Escuela Viva y estudio de campo a fin de evaluar los efectos en términos de cambio en los enfoques y actitudes de la educación pública, obtenidos en las Escuelas Rurales de dicho programa.** Informe preliminar de Actividades para Estudio de Campo. Abril 2006; Informe Preliminar, Diciembre 2006. Informe final, Julio 2007.

El tema de participación protagónica se viene trabajando de manera coordinada con otros ministerios y secretarías del estado a través de la Mesa Interministerial de Participación Protagónica, promovida por la Asesoría de la Presidencia de la República.

Por último, con la Secretaría de la Mujer se vincula a través del III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017, con el aspecto relacionado con la salud integral, cuyo objetivo general es: garantizar el acceso a la promoción, prevención y la atención de la salud integral de mujeres y hombres, teniendo en cuenta las necesidades diferenciadas de ambos, sus ciclos de vida, desde un enfoque de género y de derechos; asegurando servicios de calidad y un acceso en igualdad de oportunidades y trato a ellos (⁶⁴).

Como programa emblemático definido por el gobierno nacional, la DGAPS rinde constantemente informes sobre el avance de las USF, sus logros y resultados.

1.13. Antecedentes Presupuestarios

El Presupuesto General de la Nación cuenta con tres tipos de fuentes de ingresos: recursos del Tesoro Público (FF10- ingresos tributarios, regalías, aportes de empresas públicas y otros ingresos); recursos de crédito público (FF20-préstamos que recibe el Estado para financiar gastos de inversión pública); y recursos institucionales (FF30-generados por las instituciones y administrado por la propia entidad receptora, y las donaciones que recibe el gobierno) (⁶⁵).

La asignación presupuestaria para el Programa APS para los años 2009-2011 se puede ver reflejada en la siguiente tabla (⁶⁶):

Tabla No.3 Asignación presupuestaria por año 2009-2011 Dirección General de Atención Primaria de Salud.

Año	Presupuesto general (total) del MSP y BS en guaraníes	Presupuesto (total) asignado a la APS, en guaraníes
2009	1.691.435.520.920	35.616.050.000
2010	1.855.172.114.634	105.761.753.474
2011	2.340.756.284.510	175.086.344.065

Fuente: DGAPS, administración. Abril del 2011

⁶⁴ UNFPA-Secretaría de la Mujer. **III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017.** Asunción, Junio 2008. 67 pp.

⁶⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Dirección General de Planificación y Evaluación.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). **Financiamiento y Gasto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por Función.** Asunción, Paraguay, Diciembre 2007. 135 pp.

⁶⁶ Según información proporcionada por el Dr. Nicolás Tanaka para el Programa comenzó a funcionar en septiembre del 2008 cuando se emitió el decreto de creación de la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Para ese momento se logró el nombramiento de 4 personas para que pusieran en marcha la Dirección. Hacia noviembre se logró la instalación de las primeras 13 USF en la periferia de la ciudad de Asunción y del departamento Central. Las primera Unidades se establecieron en estructuras ya existentes del Ministerio de Salud (8 de las cuales se instalaron en los siguientes lugares: 1 USF en San Blas; 1 USF en Virgen de Fátima; 3 USF en Santa Ana; 2 USF en Centro de Salud No. 11; y 1 USF en San Alfonso). Otras 4 Unidades se instalaron a través de convenios con entidades religiosas: CAMSAT: 2 USF; San Cayetano: 2 USF; y una última USF se estableció en Marquetalia luego de un convenio de trabajo con la Secretaría de Acción Social. Los presupuestos de estos 2 meses fueron cubiertos por el Ministerio de Salud con personal previamente nombrado. No se realizó ninguna inversión en infraestructura ni en medicamentos, ya que se contó con lo que ya existía.

Como puede verse en la tabla anterior, del total del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a la Dirección General de Atención Primaria en Salud le correspondió para el año 2009 un 2.1%. Para el año 2010, le correspondió un 5.7%; y para el año 2011 se estima que alcanzará un 7.48%.

Estos incrementos presupuestarios se han debido fundamentalmente al interés que tiene el gobierno central de reducir de manera significativa el déficit en los servicios de salud, y de hacer accesible dichos servicios a la población que históricamente había estado excluida.

Fuentes, Usos y recursos

Tabla No.4 Origen y Asignación presupuestaria a la Dirección General de Atención Primaria de Salud según fuente para los años 2009-2010⁽⁶⁷⁾

Fuente	Plan financiero 2009	Plan financiero 2010
10	27.165.713.206	120.138.903.228
20		565.368.785
30	1.170.109.500	4.143.068.808
Total	28.335.822.706	124.847.340.821

Fuente: DGAPS, administración. Abril del 2011

Como puede verse en la tabla anterior, y siguiendo el Plan financiero establecido para el año 2009, son los recursos propios del Estado los que sustentan el programa APS en su mayor porcentaje. Para el año 2009 constituyó el 95.9% de los recursos, mientras que la fuente 30 ocupó un 4.1% para el año 2010, el 96.2% provino de recursos del tesoro público; un 0.45% de préstamos; y un 3.32% de donaciones y/u otras instituciones.

⁶⁷ Según indicaciones de la administradora de la Dirección General de APS, las asignaciones presupuestarias consignadas en esta tabla se corresponden con el Plan financiero final a diciembre con todas las modificaciones.

II. TEMAS DE EVALUACION

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

1.1 Diagnóstico de la situación inicial

El Programa Unidades de Salud de la Familia tiene como objetivo acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, ofreciendo una atención por ciclo de vida que permita manejar de manera integral las causas de fondo de la ausencia sanitaria.

Como se ha mencionado antes, históricamente Paraguay venía arrastrando un déficit de atención y cobertura en salud, sobre todo en el área rural y en poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema. De esa cuenta, la implementación de un modelo basado en Atención Primaria en Salud tiene todas las posibilidades para ser exitoso en el país, aunque el mismo requiere de al menos 15 a 20 años para ser desarrollado a plenitud.

Los ejemplos de modelos exitosos de intervención en salud como los de Inglaterra, Chile, Cuba, y últimamente Brasil, prueban que la estrategia basada en la Atención Primaria en Salud es efectiva (⁶⁸).

Si bien la instalación de las Unidades de Salud de la Familia ha sido de manera gradual, comenzando hacia fines del año 2008, la progresión en la implementación en los años siguientes muestra una intervención sostenida (13 USF en el año 2008, 166 Unidades en el año 2009, y 324 Unidades en el año 2010, aunque en este último año la mayoría de las unidades (227) fueron establecidas en el segundo semestre.

Tanto la población potencial como la población objetivo ha sido claramente identificada, al seguir una serie de criterios tales como: Índice de Priorización geográfica, situación de pobreza, existencia de otros programas enfocadas a grupos vulnerables, dificultades de accesibilidad a los servicios de salud; población excluida, sean estos Indígenas, asentamientos, y barrios marginados de las zonas urbanas.

El Programa priorizó la instalación de las USF en territorios sociales en condiciones de pobreza y pobreza extrema (⁶⁹). En el Año 2008, la instalación de los 13 equipos USF se hizo en las zonas

⁶⁸En 1988 Brasil inició la creación del Sistema Único de Salud –SUS-, lo que trajo profundos cambios a nivel de la salud en el país. Este nuevo modelo quedó inscrito en la Constitución Política Brasileña, la cual definió el principio de universalidad para las acciones de salud para toda la población, así como la descentralización a nivel de los municipios, y un nuevo formato organizativo para los servicios sobre la lógica de la integralidad, la regionalización y la jerarquización de las formas de gestión de los servicios, las cuales incluyen la participación de todos los actores involucrados en la implementación de la política (prestadores de servicio, trabajadores, gestores y usuarios). Los logros mostrados por el modelo han sido significativos, pero aún hoy el modelo sigue en expansión. Ver: A) D'Avila Viana, Ana Luiza-Dal Poz Mario Roberto. **Reforma em Saúde No Brasil. Programa de Saúde da Família; Informe Final.** Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Série Esutdos em Saúde Coletiva. No. 166. Outubro 1998. B) Silva, Marcus Tolentino. **Sistema Unico de Salud: La experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud.** Rev Perú Med Ex Salud Pública. No. 26(2), 1ño 2009. Pp. 251-257.

⁶⁹ En el año 2005, el gobierno de Paraguay seleccionó 66 distritos a ser priorizados para la intervención de programas de lucha contra la pobreza, a través del Índice de Priorización para la Localización de la Inversión Social –PIPEX-; posteriormente dicho Índice pasó a llamarse únicamente IPG -Índice de Priorización Geográfica Índice de Priorización Geográfica. Los 5

depauperadas de Asunción y del departamento Central. En el año 2009, se instalaron 166 USF; de estas, 25 USF se habían instalado en San Pedro; 15 en Canindeyú; 21 en Caazapá; 19 en Caaguazú; y 19 en Concepción. Es decir, casi el 40% de las unidades instaladas en ese año fueron hacia zonas de pobreza. Esto requirió un esfuerzo adicional para llegar a lugares donde anteriormente había escaso o casi nulo personal sanitario.

Para finales del año 2010, estos mismos 5 departamentos concentraban el 31% de todas las USF: San Pedro (38 USF); Canindeyú (28 USF); Caazapá (33 USF); Caaguazú (29 USF); Concepción (26 USF).

Si tomamos las cantidades de población que han sido estimadas para ser atendidas por cada uno de los equipos USF (de 3.500 a 5.000 personas), diríamos que la proyección de cobertura alcanza los siguientes órdenes: en el año 2008, entre 45.500 a 65.000 personas; año 2009, entre 581.000 y 830.000 personas; Primer semestre del año 2010 (276 USF, entre 966.000 y 1.380.000; finales del 2010: entre 1.760.500 y 2.515.000 personas. Es decir, con el Programa de las Unidades de Salud de la Familia, el Estado paraguayo va progresivamente reduciendo la deuda social que tenía acumulada en las últimas décadas.

Una estadística reciente dada a conocer por el Ministerio de Salud Pública indica que: desde agosto de 2008 hasta fines del 2010, se registró un incremento de 57.6% en relación al número de personas atendidas. Asimismo, el número de consultas realizadas experimentó un crecimiento del 63.4%, en igual período (**8.066.744 Consultas** realizadas; **3.034.485 Personas** de diversas edades atendidas) ⁷⁰.

Dado que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tiene un retraso en la producción de las estadísticas oficiales, aún no podemos visualizar el impacto que va teniendo la implementación del modelo en la reducción de indicadores tales como: morbi-mortalidad infantil; vacunaciones; control de niño sano; control de embarazadas, muerte materna, control de hipertensos; control de diabéticos, etc.

Con relación al enfoque de género, no es sino hasta este año 2011 cuando se empieza a tener una búsqueda activa relacionada con el género; anteriormente el programa no lo contemplaba. Anteriormente se estimada según la población de mujer y hombre que se tiene según el censo comunitario. En las actividades de prevención/seguimiento, se tiene en cuenta las actividades de prevención de cáncer como examen de mamas y estudio del cuello cérvico uterino (PAP), también se contempla el control prenatal en mujeres embarazadas y planificación familiar de mujeres en edad fértil, a parte de todos los otros cuidados que necesitan según la edad (inmunización, control de Hipertensión Arterial, y otros).

Un hecho loable de rescatar es que la iniciativa de impulsar el Programa de Atención Primaria en Salud recayó en un equipo de trabajo muy pequeño. En los inicios, la Dirección General de

departamentos que presentaban mayores índices de pobreza eran, en su orden: 1. San Pedro; 2. Canindeyú; 3.Caazapá; 4.Caaguazú; y 5. Concepción.

⁷⁰ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de Salud 2010. Secretaría Técnica de Planificación. Diciembre 2010. Mimeo. 21 pp.

Atención Primaria en Salud únicamente contaba con 5-6 funcionarios en el año 2008; posteriormente en el año 2009 se incrementó a 12; y en el año 2010 llegó a tener 24 funcionarios.

Si bien los inicios del trabajo requirieron un esfuerzo excepcional, conforme se fueron creando las estrategias, metodologías, manuales, contratos y mecanismos de intervención, la responsabilidad fue progresivamente trasladándose a las Regiones Sanitarias.

Como lo hemos mencionado anteriormente, con la propuesta de hacer emerger el modelo de Atención Primaria en Salud como el nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud Pública pretendía resolver las brechas existentes para el cumplimiento del Derecho a la Salud y garantizar salud para todos.

1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

La matriz cuenta con descripción del objetivo a nivel del fin.

El propósito del programa está asociado al problema o necesidad central que se identificó que es hacer llegar los servicios de salud a la población que históricamente estuvo excluida

El objetivo a nivel del propósito se halla definido y explica la población sujeto del programa, las familias y sus comunidades. Asimismo, expresa la forma cómo el Programa le beneficiará a las mismas, a través de la ampliación de cobertura y calidad de los servicios.

Si bien, en términos presupuestarios el Programa ha sido concebido con un único componente el cual es: A. Atención Integral a la población en general con diversas dolencias o patologías; en la práctica el programa se desarrolla a nivel de cuatro subcomponentes: 2.1 Actividades de Prevención; 2.2 Actividades de Promoción de Salud; 2.3 Actividades de Recuperación; y 2.4 Actividades de Urgencias y Emergencias.

A criterio de los evaluadores, en estos primeros años de inicio del modelo, también consideramos que hay un quinto componente que sería: el proceso de instalación del modelo, el cual tiene sus actividades propias y que en el año 2010 se definió como rectoría ⁽⁷¹⁾. Dentro de las actividades relacionadas con este componente estarían las ya definidas en el capítulo anterior, las cuales son:

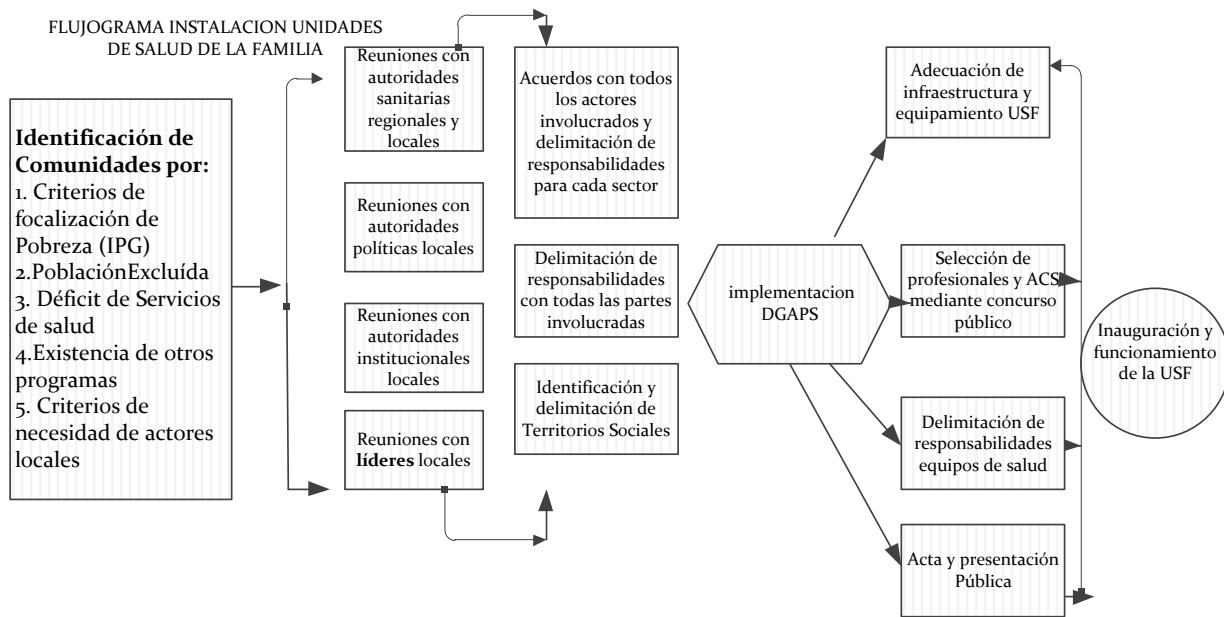
- ✓ Identificación de las comunidades que cumplen los requisitos de población, necesidad, y disponibilidad de recursos locales.

⁷¹Ver: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Administración y Finanzas. Dirección de Presupuesto-Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. **Informe de Gestión de las actividades desarrolladas. Ejercicio Fiscal 2010.** M.SP.YB.S. DGAPS/AYF No.421/2010. Mimeo. Pp. 4; Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Administración y Finanzas. Dirección de Presupuesto-Departamento de Control y Evaluación Presupuestaria. **Informe de Gestión de las actividades desarrolladas. Ejercicio Fiscal 2010.** M.SP.YB.S. DGAPS/AYF No.714/2011. Mimeo. Pp. 4

- ✓ Información y sensibilización de autoridades sanitarias, políticas, sociales e institucionales para presentación de la propuesta mediante: entrevistas, presentación pública, paneles, reuniones.
- ✓ Delineamiento de acuerdos con las autoridades sanitarias locales y regionales. Delimitación de responsabilidades y funciones de cada una de las partes.
- ✓ Identificación y delimitación de territorios sociales.
- ✓ Adecuación de infraestructura y equipamiento de las USF.
- ✓ Selección de profesionales y Agentes Comunitarios en Salud (ACS) mediante concurso público.
- ✓ Capacitación inicial de profesionales y ACS.
- ✓ Delimitación de responsabilidades y funciones de los miembros del Equipo de Salud de la Familia.
- ✓ Inauguración de la USF.
- ✓ Acta de instalación y presentación pública.

El flujograma respectivo sería el siguiente:

Gráfica No. 5 Flujograma de instalación de las Unidades de Salud de la Familia. Agosto 2008-diciembre 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por personal directivo de la Dirección General de Atención Primaria de Salud-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Abril 2011.

Este quinto componente, aún cuando no ha sido nombrado así, en la matriz de marco lógico tiene toda una serie de actividades que le dan sustento.

Siguiendo con el análisis del marco lógico diremos que las actividades son las necesarias para producir los resultados, en función del presupuesto que se asigna para la implementación de las Unidades de Salud de la Familia, así como el porcentaje de personas que se atiende con relación a la población objetivo y potencial; y el número de consultas desarrolladas por las USF.

La matriz sin embargo, requiere incorporar elementos relacionados con la creación de vigilancia de la salud, los núcleos de apoyo técnico y de fomento de la participación ciudadana.

En cuanto a los resultados, los mismos son suficientes para lograr el propósito pues abarca a los componentes relevantes para que el Sistema de Salud se acerque a las personas, ampliando la cobertura y calidad.

Por su parte, el propósito es único y explicita el cambio en la población objetivo, en este caso acercando los Servicios de Salud cerca de donde viven las personas, mejorando el acceso a la atención de la salud así como la calidad de dicha atención.

Así mismo, el propósito contribuirá de modo significativo al fin pues al mejorar el acceso a la atención a la salud con calidad, se logrará mejorar las condiciones de salud y de vida de la población paraguaya.

El fin tiene relación estrecha con los objetivos institucionales contenidos en las Políticas de Salud del MSPBS. Los supuestos del fin son externos al ámbito de control del programa y son los suficientes y necesarios.

Los supuestos propósito-fin no todos son externos, aunque contempla los suficientes y necesarios. Por ejemplo, los retrasos en las construcciones de nuevas USF que requiere más bien agilizar los procesos y trámites burocráticos.

En relación a los supuestos resultados-propósito y actividades-resultados, son externos, necesarios y suficientes.

No existe duplicidad entre los 4 niveles de objetivos.

En conclusión, existe una coherencia entre la columna de jerarquía de resultados y la columna de supuestos, verificándose la lógica vertical.

1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico

Sobre el tema de los indicadores vamos a definir aquí lo siguiente: El término indicador se refiere a datos que nos permiten darnos cuenta de cómo está algún aspecto específico de la realidad que nos interesa conocer. Los indicadores pueden ser cualitativos, cuantitativos, o mixtos. Los indicadores también pueden ser de medidas, números, hechos, opiniones o percepciones que señalan condiciones o situaciones específicas.

En términos generales, los indicadores son medidas-síntesis que contienen informaciones relevantes sobre determinados atributos y dimensiones del estado de salud, así como del desempeño del sistema de salud. Vistos en su conjunto, deben reflejar la situación sanitaria de una población y servir para vigilar las condiciones de salud (⁷²).

Por eficiencia vamos a entender la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea en el mejor tiempo posible y con el mejor uso de los recursos, en pocas palabras, es realizar bien la tarea. Por eficacia vamos a entender la capacidad para alcanzar o conseguir los resultados esperados, es decir, promover cambios positivos. La eficacia compara las tareas realizadas con las inicialmente planeadas. La eficacia, en la esfera de la Salud Pública, se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica (⁷³).

Por calidad vamos entender los medios o mecanismos que garantizan los niveles óptimos o apropiados para la prestación de los servicios; muchas veces éstos indicadores requieren la construcción de una serie de ratios, tales como: número de pacientes satisfechos con los servicios; nivel de satisfacción de los pacientes con relación a medicamentos; condiciones adecuadas de infraestructura y equipamiento para la prestación de los servicios, etc.

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible. La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca (⁷⁴).

Por indicadores económicos vamos a entender aquellos que nos permiten realizar un uso racional de los recursos, etc.

Los indicadores de fin permiten monitorear el programa y evaluar el logro del mismo. Asimismo, los medios de verificación definidos para los indicadores de fin son suficientes y necesarios para brindar información para calcularlos, como también para el monitoreo.

En la matriz de marco lógico existen indicadores adecuados pero aún no son suficientes para medir las cuatro dimensiones: eficacia, calidad, eficiencia y economía.

En cuanto a los indicadores que permiten medir la eficacia se definió el porcentaje de Unidades de Salud de la Familia instaladas en poblaciones con hasta 5000 habitantes respecto de lo planificado en el año, lo que nos permite medir la capacidad real que tiene el Programa para alcanzar los resultados esperados, es decir, promover cambios positivos.

⁷² Red Inter agencial de Informaciones para la Salud (RIPSA). Indicadores básicos para la salud en Brasil: conceptos y aplicaciones. Organización Panamericana de la Salud –OPS- Brasilia, 2009. 349 pp.

⁷³ Jiménez Paneque, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública v.30 n.1 Ciudad de la Habana, Enero-marzo 2004. Versión On line. En:http://scielo.sld.cu/scilo..php?pid=20864-34662004000100004&script=sci_arttext. Consultado el 13 de abril del 2011.

⁷⁴ Jiménez Paneque, Rosa E. Op. Cit.

Otros indicadores de eficacia definidos en la matriz son el porcentaje de personas atendidas en poblaciones con hasta 5000 habitantes con USF funcionando; y el porcentaje de consultas realizadas.

En el caso de indicadores de economía se ha definido el porcentaje del presupuesto ejecutado respecto al plan financiero asignado por año, así como también se han definido sus fórmulas de cálculo.

En cuanto a los indicadores que permiten medir la eficacia se definió el porcentaje de Unidades de Salud de la Familia instaladas en poblaciones con hasta 5000 habitantes respecto de lo planificado en el año, lo que nos permite medir la capacidad real que tiene el Programa para alcanzar los resultados esperados, es decir, promover cambios positivos.

Sin embargo, no existen indicadores de eficiencia como por ejemplo el costo por atención, comparado con otros programas similares; así como costo por componentes.

En cuanto a los indicadores que permiten medir eficacia un esfuerzo importante que debe realizar el programa es el fortalecimiento de equipos de monitoreo y supervisión a nivel de las regiones sanitarias, que permitan medir de manera periódica los logros que las USF, a nivel departamental van alcanzando.

El programa tiene también considerado indicadores de eficacia relacionados con la capacitación del personal en gestión para resultados, pero las fuentes de verificación son limitadas.

Otros indicadores de eficacia que deberían considerarse están relacionados con los resultados que va teniendo el programa en relación a la inversión que se hace a nivel de los distritos y departamentos más pobres, a fin de evidenciar el avance de los resultados en áreas de mayor interés para el país.

En término de calidad, el Programa ya considera actividades relacionadas con el monitoreo a la satisfacción de los usuarios.

Faltaría desarrollar indicadores relacionados con la calidad de los servicios sobre todo lo relacionado con la resolución de los problemas priorizados a nivel de los censos comunitarios; el nivel de involucramiento de la población y participación de la misma en la resolución de los problemas de salud, etc. Se requerirán mediciones también relacionadas con el uso apropiado de las capacitaciones recibidas por el personal de salud, etc.

Tanto los indicadores de propósito como los de resultado establecidos en la matriz de marco lógico del año 2010, si bien posibilitan monitorear el programa y evaluar el logro del mismo aún requieren del desarrollo de los otros indicadores mencionados anteriormente, para lograr un monitoreo y evaluación más acabado.

Además, los medios de verificación definidos para los indicadores de propósito son suficientes y necesarios para brindar información para calcularlos y monitorearlos. Van desde registros

estadísticos, contratos, encuestas de satisfacción de usuarios, informes de fiscalización, documentos de acuerdos, de planes estratégicos, fichas clínicas, etc.

En términos generales, podemos decir que si bien los medios de verificación permiten identificar los indicadores definidos, hace falta desarrollar otros aspectos del sistema, a fin de poder lograr una coherencia entre los objetivos del programa, los indicadores y los medios de verificación.

En la matriz del marco lógico del 2010, no se definieron metas.

1.4. Reformulaciones del Programa a nivel de Diseño

Dentro de la Estructura Presupuestaria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar, las Unidades de Salud de la familia se corresponden con un Subprograma: 22-APS Medicina Familiar, contenido dentro del Programa 1-Atención Primaria en Salud. La Dirección General de Atención Primaria de Salud (DGAPS) definió para el año 2009 un solo producto: 1. Familias atendidas integralmente. Para el año 2010 definió dos productos: A. Atención Integral a la población en general con diversas dolencias o patologías, y B. Rectoría.

En esencia el Programa no ha sufrido ninguna reformulación significativa.

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

2.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa

2.1.1 Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al interior de la Institución Responsable.

(a) Estructura Organizacional

En el momento actual, la estructura organizacional a nivel central se hace insuficiente para las nuevas demandas que va planteando la instalación del modelo. Si bien, en sus orígenes, el equipo de trabajo a nivel central, aún siendo pequeño tuvo que llevar a cabo una serie de tareas (selección de lugares, convocatoria a procesos de selección de personal, exámenes, diseño y construcción de infraestructura, elaboración de manuales, capacitación de recursos humanos seleccionados, representación del programa, viajes de supervisión, etc.) en el momento actual la estructura organizacional es insuficiente, así como sus recursos humanos (en los anexos pueden encontrarse la sugerencia de un nuevo organigrama presentado por la Dirección de APS a la Ministra de Salud para su estudio y posterior aprobación).

Tal como dijimos en un capítulo anterior, la Dirección General de APS cuenta con un total de 24 funcionarios. La Dirección General cuenta con una Directora y 2 Asistentes; al igual que la Dirección de Atención a la Familia que tiene un Director y 3 asistentes; la Dirección de Gestión y Desarrollo Social que tiene una directora y dos asistentes; la Dirección de Educación y Capacitación que sólo cuenta con su director; la Dirección Administrativa que cuenta con 12 personas; y la Dirección de Gestión Tecnológica que cuenta sólo con su director. Tiene 14 Coordinadores Regionales de APS.

Ante el avance en la instalación de las USF ha sido importante el nombramiento de encargados regionales de APS. Esta persona cumple funciones de enlace entre la DGAPS y el Director de la Región Sanitaria.

La persona nombrada como encargado regional de APS tiene la responsabilidad de darle seguimiento al trabajo que realizan las distintas USF en la región. Sin embargo, dado lo novedoso del modelo, la cantidad de actividades que se tienen que realizar para el desarrollo de los componentes (Prevención, Promoción, Recuperación, Urgencia y/o Emergencias, Instalación de USF).

Ciertamente lo indicado es fortalecer la capacidad de equipos regionales, con un rol más de rectoría a nivel central, sin embargo, por el proceso mismo de instalación del modelo, el equipo central ha estado en los últimos dos años bastante saturado. Ha sido tanto la Dirección General, la Dirección de Atención a la Familia como las Direcciones de Gestión y Desarrollo Social los que han llevado sobre sus hombros el establecer y articular el modelo de atención basado en APS.

Pero aún están pendientes de desarrollarse una serie de actividades relacionadas con la capacitación a los equipos locales y regionales; la articulación con las redes de servicio; y el manejo de herramientas de gestión, monitoreo y evaluación.

El equipo evaluador considera que en la actualidad tanto los recursos humanos a nivel de la región sanitaria (un encargado regional) más el equipo a nivel central son insuficiente para la cantidad de tareas que debe cumplir. De esa cuenta , la asignación de recursos humanos de otros servicios a la dirección regional de APS, y a los equipos centrales podría ser una posibilidad para evitar la sobrecarga de trabajo. Otra posibilidad sería el nombramiento de nuevo personal.

El equipo evaluador es del criterio que al organigrama propuesto debería incluir además una dirección de articulación de redes; y una dirección específica de gestión para resultados, que debería de incluir una unidad de monitoreo y evaluación.

La Dirección de articulación de redes posibilitaría un mejor y mayor relacionamiento con otros niveles de servicios del Ministerio de Salud Pública, sobre todo en el ámbito de los centros de especialidades y de urgencias; la articulación con otros actores externos que también ofrecen servicios de salud (Instituto de Previsión Social; sector privado, etc.). También serviría para articular de mejor manera a nivel interno, sobre todo con la Dirección General de Información Estratégica en Salud, la Dirección General de Insumos Estratégicos; la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica, el sistema de ambulancias; y la red de medios diagnósticos

La Dirección de Gestión para resultados debería de poder gestionar de manera más adecuada la relación entre inversión social y resultados. Un acompañamiento al fortalecimiento de los equipos regionales en los ámbitos de gestión, monitoreo y evaluación permitirían buscar soluciones a los cuellos de botella que actualmente se presentan en la producción de resultados.

Un equipo de gestión debería desarrollar las capacitaciones necesarias para movilizar al recurso humano de las USF a la producción de resultados.

En el momento actual, el organigrama de la Dirección General de APS no cuenta con estas estructuras y tanto la Dirección de Atención a la Familia (4 personas), en conjunto con la Dirección de Gestión y Desarrollo Social (3 personas); y una asesor técnico vienen realizando dichas tareas pero sin ser la especificidad de sus funciones, por lo que a sus funciones cotidianas suman el poco tiempo que les queda para hacerse cargo de una tarea que requiere un equipo humano especializado.

A nivel central el equipo logra desarrollar una serie de tareas de manera coordinada, sin embargo el traslado de dichas funciones a nivel regional presenta desniveles, dependiendo de los grados de apropiación que se realizan a nivel de las estructuras de salud de las regiones. Mientras en algunas regiones como Guairá y Caazapá han tenido un apoyo amplio de los directores regionales, que se muestra en mecanismos de articulación social, diseño de estrategias para facilitar las ambulancias a los usuarios, niveles adecuados en la producción de reportes, etc. en algunos otros departamentos, la apropiación ha sido más lenta ⁷⁵.

⁷⁵ Esto fue constatado por el equipo evaluador en el proceso de visitas de campo realizadas para esta y otras evaluaciones previas, así como por las opiniones vertidas tanto por personal de las USF como por encargados regionales.

De la misma manera, si bien la contratación de recursos humanos queda a cuenta del equipo central, en la práctica, los funcionarios contratados pasan a formar parte de la Región Sanitaria. El posterior seguimiento y evaluación de los niveles de desempeño es algo que deberá trabajarse más detalladamente a nivel regional, lo mismo que el fortalecimiento de los equipos⁷⁶.

(b) Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades y funciones.

A nivel local, las Unidades de Salud de la Familia logran articular y coordinar acciones con una serie de actores: autoridades municipales, líderes sociales, autoridades institucionales, miembros de otras organizaciones gubernamentales, líderes religiosos, etc.

Dependiendo del nivel de liderazgo que cuente el Equipo de Salud de la Familia, los procesos de coordinación con otros actores muestran niveles diferenciados. En algunos lugares se logran articular de buena manera con las autoridades municipales y de la gobernación, articulan con ong's y grupos de iglesia, promueven la participación de voluntarios en salud, etc. Sin embargo, como dijimos, depende mucho del liderazgo que genere el equipo de trabajo.

También el equipo central de la DGAPS suele realizar visitas de seguimiento y monitoreo a los equipos salud. Representantes de la Dirección de Atención a la Familia y de la Dirección de Gestión Social suelen realizar dichas visitas. En estas reuniones se analizan los avances en la elaboración de los censos, elaboración de mapas, la situación de salud en las comunidades, así como los problemas con los que tropiezan los equipos de salud para su buen funcionamiento. Se analiza también las respuestas de los otros niveles de servicios de salud en su área de influencia

En el ámbito de la Región Sanitaria, el encargado regional de APS depende orgánicamente de la Región Sanitaria debiendo coordinar sus acciones con el Director Regional y la Dirección General de APS. De esta manera, el encargado regional se convierte en el vínculo entre las autoridades de la Región Sanitaria y la DGAPS. Este es otro nivel de coordinación. Nuevamente, la coordinación y articulación con otros actores depende del nivel de liderazgo que ejerza dicha persona y la importancia que el Director de la Región Sanitaria le dé a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Es a nivel regional como a nivel local que los Equipos de Salud de la Familia trabajan por lograr una mayor articulación e integración con todos los programas del Ministerio de Salud.

También a nivel regional se ha venido estableciendo una mayor relación entre los Equipos de Salud de la Familia y los hospitales distritales. En varias ocasiones se comparten encuentros y jornadas de capacitación y reuniones de coordinación convocadas por la Región Sanitaria y el Encargado Regional de APS. También es a nivel regional como se realizan las capacitaciones para los distintos equipos de las USF. A nivel regional, las reuniones suelen ser mensuales, aunque algunas veces, a solicitud del Director Regional pueden realizarse con mayor frecuencia.

⁷⁶ Esta discusión fue parte del debate que se sostuvo entre directores regionales, encargados regionales de USFs, equipo directivo de APS y otros funcionarios que participaron en el taller de evaluación realizado en la quinta Ykúa Satí 24 y 25 de marzo del 2011.

A nivel nacional se establece una articulación entre las Dirección General de APS, los Directores Regionales y los Encargados Regionales de las USF. Los procesos de articulación suelen darse de manera más bilateral, por ejemplo: una región sanitaria con la DGAPS; pocas veces, logra darse una reunión general entre todas las regiones sanitarias. Desde el inicio de las USF, sólo se han dado 2 grandes reuniones plenarias a nivel nacional, en donde se discuten los avances y dificultades en la implementación del modelo y las vías de solución a dicha problemática.

Los distintos directores generales suelen reunirse tanto bilateralmente como en grupos a fin de articular acciones entre los distintos programas. A pesar de ello, aún hay diversos niveles de coordinación y de articulación que deberán realizarse a nivel de otros servicios de salud, sobre todo a nivel de los centros hospitalarios tanto nacionales, regionales como distritales; la conformación del centro regulador, el mejoramiento de las redes de urgencias aún no se concretan, entre los más relevantes.

A nivel nacional, las diversas Direcciones Generales pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social suelen reuniones de manera periódica tanto con la Ministra de Salud, como con el Viceministro a fin de analizar la situación de salud, tomar decisiones y articular acciones.

(c) Gestión y Coordinación con programas relacionados

Tal como ya lo mencionamos anteriormente, la implementación y rendimiento de las USF a nivel local depende en buena medida de la capacidad y calidad de los equipos que se han conformado a nivel local; así como de los apoyos que reciben tanto de las autoridades sanitarias regionales como centrales.

Si bien durante el trabajo de campo realizado por este equipo de investigación ⁷⁷) llamó poderosamente la atención los niveles de involucramiento que el personal sanitario lograba a nivel de las comunidades, en donde el perfil sanitario se correspondía con personal que durante su formación había recibido una buena orientación hacia la comunidad, los niveles de relacionamiento con la comunidad, a la par de las intervenciones en el campo preventivo y de promoción eran más altos, que en aquellos en donde el personal sanitario venía de una práctica más del tipo de esperar la demanda. Sin embargo, estos elementos requerirían un nivel de análisis más detallado en una investigación/evaluación posterior.

En lugares en donde el recurso humano de los puestos de salud era escaso (una o dos personas), al crearse una USF con un grupo de trabajo de al menos 3 personas más, y con la guía de un médico, en equipo tendió a fortalecerse, y a tomar la conducción del médico como líder del equipo.

En circunstancias en donde se instalaron USF donde existían equipos de salud de más de 5 personas, los procesos de integración fueron más lentos, y en algunos casos con dificultades. Este

⁷⁷ Se visitaron 10 Unidades de Salud de la Familia en 6 departamentos diferentes. Una muestra muy pequeña para realizar inferencias conclusivas.

aspecto requerirá también un esfuerzo de gestión integradora, relaciones humanas y resolución alternativa de conflictos que debería realizarse en los próximos meses o en el siguiente año (⁷⁸).

En algunos lugares todavía sigue manteniéndose la estructura de programas verticales, es decir, funcionarios que se encargan del Plan Ampliado de Inmunización – PAI; del Programa de control de la Tuberculosis; del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, etc. En otros lugares se ha logrado un nivel de integración que permite que la estrategia APS atraviese todo el espectro programático; pero en esto ha tenido mucho que ver el liderazgo de quien dirige las acciones a nivel local; y de nuevo, el tema de gestión aparece muy vinculado a los logros (⁷⁹).

El documento de las Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con equidad mencionaba otra serie de Redes que deberían crearse a la par de la instalación de la red de USFs. Entre estas redes estaban: la Red de Policlínicas de Especialidades-Centros Ambulatorios de Especialidades, la Red de Urgencias, la Red de Hospitales, todas ellas articuladas a través de un Sistema de Regulación Médica (⁸⁰). Sin embargo, al momento actual, dichas redes no han sido desarrolladas de manera adecuada y siguiendo la lógica de la Atención Primaria en Salud, por lo que si bien existen las “cuatro patas de la mesa”, la misma presenta niveles muy dispares y con poca articulación (⁸¹).

De la misma manera las redes complementarias como la Red de asistencia farmacológica, la red de vigilancia en salud, la red de rehabilitación y la red de apoyo diagnóstico, también requieren ser desarrolladas, sobre todo a nivel regional. De estas últimas, la red de vigilancia en salud parece estar en un nivel de desarrollo más avanzado. A la Red de asistencia farmacológica le está faltando ser más efectiva, en cuanto a que por temporadas, las USFs no reciben los medicamentos en tiempo y forma para funcionar de manera adecuada (⁸²). Sea porque se han producido atrasos o dificultades en los procesos de licitación, o porque no se cuenta con el presupuesto para cubrir toda la demanda. Este aspecto requerirá también una evaluación/investigación posterior (en uno de los anexos que acompañan este informe se da una versión aproximada de la situación actual de la distribución de medicamentos).

Hace falta definir mecanismos de coordinación más fluidos y de manera periódica entre los directores regionales y los equipos de USF existentes en las regiones; de la misma manera, a nivel central deberán definirse encuentros periódicos o talleres entre las autoridades a nivel

⁷⁸ Este aspecto se mencionó durante el taller de directores regionales, encargados regionales de USFs, y directivos del equipo central de APS. También volvió a aflorar durante las visitas de campo realizadas por el equipo evaluador.

⁷⁹ Al preguntar sobre esta situación, y sí había datos al respecto del número de USF que tienen dicha dificultad, se nos dijo que progresivamente va desapareciendo dichas dificultades de integración programática, pero no se nos proporcionó un número determinado.

⁸⁰ Alianza Patriótica para el Cambio. **Propuesta en Salud. 2008-2013. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con equidad.** Asunción, Paraguay, 2008. Mimeo. 32 pp

⁸¹ Estos datos fueron reportados tanto por miembros de los Equipos de Salud de la Familia, como por algunos directores regionales, y personeros del equipo central de la DGAPS en entrevistas llevadas a cabo entre el mes de marzo y abril del 2011.

⁸² Esta ha sido la percepción de varios de los encargados regionales que fueron entrevistados para este estudio; así como de diversos encargados de USF que se indicaron la escasez de medicamentos en sus Unidades.

central, los encargados regionales y los directores regionales (⁸³). La sobrecarga de trabajo sobre el equipo central ha sido nuevamente uno de los aspectos que limitan las reuniones más periódicas. Esto es algo en lo que habrá de trabajarse hacia el futuro inmediato (⁸⁴).

(d) Mecanismos de participación ciudadana

Tanto el Plan Estratégico del Ministerio de Salud como el manual de funciones de las USFs establecen la necesidad de promover la participación ciudadana. Bajo un modelo de atención basado en APS, la participación ciudadana es un elemento de primer orden.

El Ministerio de Salud Pública promueve la participación de la ciudadanía a través de 3 procesos bastante diferenciados:

A nivel de los Consejos locales.

A través de la participación como usuarios de los servicios

En acciones preventivas en salud;

En el primer aspecto, datos dados a conocer por el Ministerio indican que para el año 2010: 174 Consejos Locales de Salud habían sido habilitados y recibiendo fondos de equidad, en las 18 Regiones Sanitarias; lo que significaba que el **73% de Municipios** del país contaban con Consejos Locales de Salud, a los cuales les habían sido transferidos **30.239.684.992 Gs. Como** Fondos de Equidad (⁸⁵).

En el segundo nivel de participación, las USF han logrado crear, luego de la identificación a través del censo comunitario, de grupos de hipertensos, diabéticos y embarazadas, a los cuales se les da un acompañamiento periódico.

Por último, las acciones preventivas en salud, si bien es algo en lo que deberá trabajarse más en los próximos años, recientemente y como resultado de la epidemia del dengue, ha mostrado que las comunidades pueden generar una serie de apoyos que van desde mingas ambientales, jornadas de sensibilización, visitas domiciliarias, procesos educativos, etc.; en otros ámbitos también diversas personas y/o grupos comunitarios se han sumado a las campañas de vacunación.

No podemos dejar de mencionar que en la actualidad sólo un 22% de las USF cuenta con agentes comunitarios (113 USF). Ante esta situación muchas de las tareas que deberían llevarse a cabo, tanto en los aspectos de prevención como promoción de la salud han sufrido un retraso importante. De la misma manera los procesos de movilización de la participación ciudadana se han visto afectados. La Dirección General de APS ha continuado haciendo gestiones para lograr

⁸³ En el taller realizado en el mes de marzo de este año, en la quinta Ykúa Satí se recordaba que esta reunión se daba después de un año de haber sido realizada la última.

⁸⁴ Durante el desarrollo de este trabajo, luego de los indicadores que deben alcanzarse según la matriz de marco lógico del año 2010, más las visitas de trabajo de campo en esta evaluación, el equipo evaluador pudo constatar dicha situación. A la par de ser uno de los comentarios frecuentemente señalados por funcionarios de la DGAPS, y de los encargados regionales de APS.

⁸⁵ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de Salud 2010. Secretaría Técnica de Planificación. Diciembre 2010. Mimeo. 21 pp.

una ampliación presupuestaria que le permita cubrir dicho déficit, a la par de haber presentado a las binacionales (Itaipú y Yaceretá) algunos proyectos orientados a subsanar dicha situación.

La presencia de agentes comunitarios permite llegar de mejor manera a la población adscripta, y logra una participación más activa de las actividades de los ESF, además se logra un mejor control del cuidado de la salud de la población, las visitas mensuales a todas las familias, logra reunir en actividades comunitarias, mingas ambientales, formación de clubes por patologías, y grupo etario con el fin de lograr la prevención y promoción de la salud.

Los agentes comunitarios de salud actúan de gestores en la promoción de la calidad de vida y salud en el territorio. Son el puente entre el Servicio de Salud y la población, conociendo la realidad geográfica, social y sanitaria del territorio. Son de inestimable ayuda para la vigilancia epidemiológica. Por otro lado, participan junto a otros actores sociales en los grupos de gestión social del territorio.

2.2. Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes

Con la implementación del Programa de las Unidades de Salud de la Familia se ha logrado ampliar la cobertura de los servicios de salud, al llegar a una población objetivo de entre 3,500 a 5,000 personas, por cada una de las 503 Unidades de Salud de la Familia establecida. Hacia finales del 2010 se había logrado ampliar la cobertura en un rango de entre 1.760.500 a 2.515.000 personas.

Es importante resaltar que para la implementación de las 503 Unidades de Salud de la Familia se tomaron seriamente en cuenta los Índice de Priorización Geográfica relacionados con la lucha contra la pobreza. En la actualidad, todos los 66 distritos que fueron priorizados por el gobierno central en su lucha contra la pobreza entre los años 2004-2005, cuentan con Unidades de Salud de la Familia, que a la vez, acompañan otra serie de estrategias puestas en marcha por el gobierno central tales como: El Programa Tekoporá, los asentamientos humanos atendidos por la Coordinadora Ejecutiva para la Reforma Agraria (CEPRA), así como la atención directa a la población indígena.

De los 5 departamentos que fueron definidos como prioritarios por el gobierno central como los más pobres, en su orden: 1. San Pedro; 2. Canindeyú; 3. Caazapá; 4.Caaguazú; 5. Concepción; los porcentajes de cobertura por parte de las USF, alcanzan: San Pedro 53.5%; Canindeyú (78%); Caazapá (110%); Caaguazú (30.3%); y Concepción (68.3%). Datos que muestran que aún deberá de seguir trabajándose en la implementación del modelo, a fin de hacer accesible el derecho universal a la salud.

Es decir, con el Programa de las Unidades de Salud de la Familia, el Estado paraguayo va progresivamente reduciendo la deuda social que tenía acumulada en las últimas décadas. Esto también se logra percibir en el incremento en el número de consultas que desde agosto de 2008 a fines del 2010, se registró un incremento de 57.6% en relación al número de personas atendidas.

Por otra parte, los procesos de identificación de las comunidades que reunieran los requisitos de población, necesidad y disponibilidad de recursos locales ha llevado al equipo central de APS a tener que realizar una serie de reuniones y negociaciones con una diversas de agentes públicos y privados. También ha sido importante el trabajo que se ha hecho con las autoridades regionales de salud, las autoridades municipales y de las gobernaciones departamentales, los líderes sociales, las ong's, las autoridades eclesiásticas, etc.

Como resultado de dichos procesos, también se empieza a visualizar un gran esfuerzo en mejorar la infraestructura de los servicios de salud, así como del equipamiento de los mismos.

El haber iniciado las USF en el año 2008, cuando no se contaba con fondos específicos para esta labor, pero contando con la voluntad política para implementar el programa permitió que se iniciara en las áreas más depauperadas de la ciudad de Asunción. Posteriormente, durante los años 2009 y 2010, el modelo ha ido extendiéndose de manera progresiva.

Los criterios establecidos relacionados con las organizaciones sociales de apoyo, el apoyo de las autoridades locales y regionales, la posibilidad de coordinar con otros programas relacionados, así como la de establecer redes de atención a nivel territorial también son de suma importancia para el desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, dado que la participación y el empoderamiento comunitario son elementos de primer orden en este nuevo modelo de salud.

2.3 Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

Se considera que los criterios de asignación de recursos son los adecuados, en tanto han estado orientados a llegar a las poblaciones más pobres y marginadas del país. Tanto en término de recursos humanos como de recursos financieros se ha logrado un avance importante a través de la instalación de las Unidades de Salud de la Familia. Los criterios seguidos hasta ahora muestran que los mismos han sido equitativos en cuanto a la distribución de las USF por distritos y regiones.

Los mecanismos de transferencia de recursos son básicamente a través del pago de los salarios del personal contratado, la transferencia de medicamentos e insumos para el desarrollo de las actividades de las USF. También se transfiere a nivel de las regiones sanitarias, recursos para la compra de combustible que puedan servir para la movilización de pacientes, cuando se requiere su traslado de una USF a un centro de salud u hospital.

Es importante además que se establezcan algunos criterios diferenciados hacia USF que están en regiones muy distantes y de difícil acceso. Sobre todo a nivel de los departamentos del Chaco, la Dirección General de APS deberá determinar otro tipo de criterios de medición, a la par de incentivos que coadyuven a sostener el rendimiento del personal sanitario ubicado en dichas regiones sanitarias.

2.4. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable

Si bien la Dirección General de APS ha establecido una serie de criterios de seguimiento y evaluación de las USF relacionados con cobertura de población atendida, accesibilidad de los servicios, participación social, satisfacción de los usuarios, etc.; por la intensidad que ha requerido las primeras fases de instalación e institucionalización del modelo, aún los procesos de seguimiento y evaluación que deben generar las regiones sanitarias, así como el equipo central está en una etapa muy temprana.

La Dirección General de Atención Primaria de Salud aún no cuenta con un departamento o unidad de monitoreo y evaluación que le permita hacer un seguimiento periódico al rendimiento de cada una de las USF. Si bien bajo la Dirección General de Planificación existe una dirección de monitoreo y evaluación, la misma es pequeña tanto en recursos humanos como en recursos financieros y no ha acompañado a las USF en esta labor. Tampoco a nivel regional existen equipos de monitoreo que permitan un seguimiento periódico a las acciones de las USF.

Los estudios de línea de base son los recogidos a nivel del censo comunitario que cada una de las USF debe realizar al inicio de sus labores.

Dadas las limitaciones en términos de tiempo, disponibilidad y recursos humanos ⁽⁸⁶⁾, aún no se han logrado procesar los datos provenientes de dichos censos en donde se han terminado. No se tiene aún un estimado de cuántas USF ya terminaron sus censos, cuántas los están digitando y cuántas aún no han iniciado el proceso de procesar la información.

De la misma manera la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DGIES) aún no provee de manera regular a la Dirección General de APS los datos sobre servicios prestados.

Tal como se mencionó en el capítulo anterior, en el Programa existe una base de datos que se nutre de manera periódica. Los datos son actualizados cada tres meses, aunque aún están orientados a cuantificar los indicadores de marco lógico, y permitirían medir resultados, sí la misma se alimentara de manera periódica y constante.

Aún con las limitaciones que actualmente presenta el sistema de monitoreo y evaluación, los datos que se han recolectado han servido para la toma de decisiones, pero es necesario lograr un nivel de desarrollo del sistema que incluya la producción periódica de informes, el análisis y reflexión sobre los resultados, y la toma de decisiones basada en evidencia. Todavía la información no se produce de manera pertinente, ni periódica, ni de manera oportuna.

⁸⁶ Tal como dijimos en un apartado anterior, el encargado regional de APS en conjunto con el estadígrafo de la Región Sanitaria son las personas encargadas de recolectar la información de los servicios de las USF, procesarlas y posteriormente enviarlas a nivel central. A nivel central del Ministerio de Salud Pública existe la Dirección General de Información Estratégica en Salud , que en conjunto con la Dirección General de Bioestadística tiene a su cargo la producción de los datos oficiales. En la DGAPS sólo hay una persona encargada de esta función.

La Dirección General de APS ha implementado la producción de boletines periódicos, tipo informativos, para dar a conocer a la opinión pública los resultados alcanzados en la implementación de la estrategia APS en el país.

En otro orden de ideas, tal como vimos en el capítulo anterior, las evaluaciones que se han realizado al Programa han sido realizadas de manera independiente. Las mismas permitieron evidenciar logros y debilidades, y han sido utilizadas para realizar una serie de acciones tendientes a mejorar el nivel de desempeño de las USF. Sobre todo en el ámbito de la dotación y distribución de insumos y de medicamentos y de mejoras en la infraestructura.

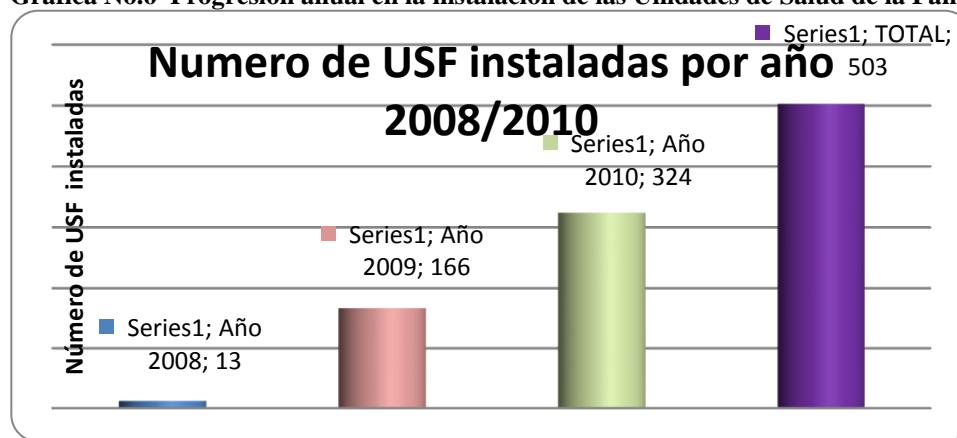
3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA

3.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Eficacia y Calidad del Programa

3.1.1 Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de Componentes

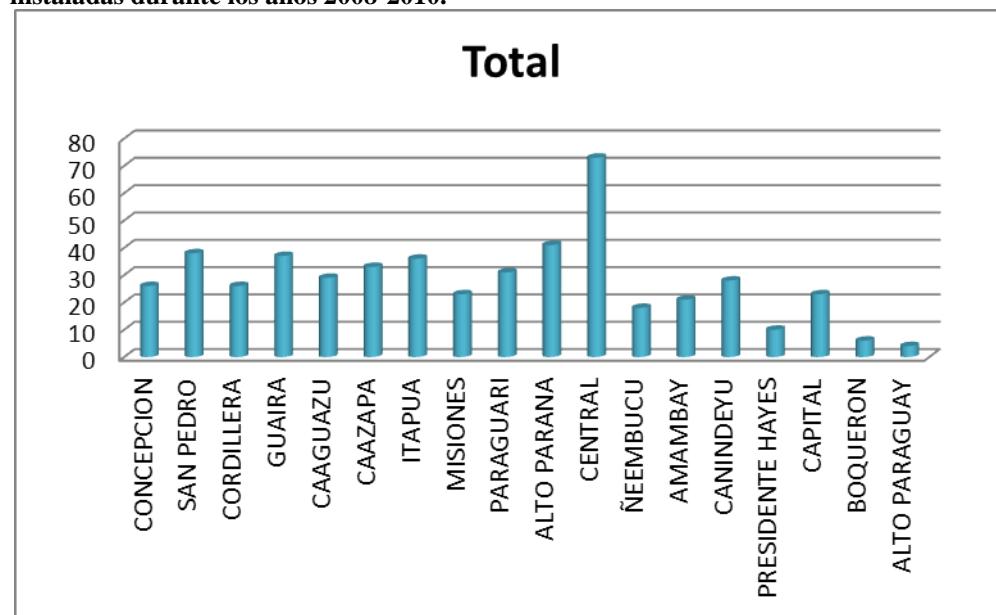
El proceso de instalación de las Unidades de Salud de la Familia, tal como ya lo hemos mencionado anteriormente ha llevado la siguiente progresión: en el año 2008: 13 USF; en el año 2009: 166 USF y en el año 2010: 324 USF. La gráfica y la tabla siguiente dan cuenta de dicho proceso.

Gráfica No.6 Progresión anual en la instalación de las Unidades de Salud de la Familia. 2008-2010



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

Gráfica No. 7 Distribución por Regiones Sanitarias del número total de las Unidades de Salud de la Familia instaladas durante los años 2008-2010.



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

El gráfico anterior nos muestra la distribución de USF por Departamento para el año 2010. De esa cuenta podemos ver que el Departamento que cuenta con el mayor porcentaje de USF en la actualidad es el departamento central (73 USF equivalente a un 15%); seguido del departamento de Alto Paraná (41 USF, 9%); luego viene el departamento de San Pedro con 38 USF (8%); Guairá con 37 USF (8%); Itapúa 36 USF (8%); Caazapá con 33 USF (7%); Paraguarí con 31 USF (7%); Caaguazú 29 USF (6%); Canindeyú 28 USF (6%); Concepción 26 USF (6%); Cordillera 26 USF (6%); Asunción 23 USF (5%); Misiones 23 USF (5%); Amambay 21 USF (5%); Ñeembucú 18 USF (4%); Presidente Hayes 10 USF (2%); Boquerón 6 USF (2%); y Alto Paraguay con 4 USF (1%).

La siguiente tabla muestra, un primer acercamiento estadístico a la producción de los servicios de salud ofrecidos por las USF durante los años 2008 al 2010.

Tabla No. 5 Número de Personas atendidas y consultas realizadas por las Unidades de Salud de la Familia. Años 2008-2010.

Regiones Sanitarias	2008		2009		2010 (1er. Semestre)	
	Personas atendidas	Consultas realizadas	Personas atendidas	Consultas realizadas	Personas atendidas	Consultas realizadas
I RS Concepción	87.261	190.608	98.060	234.993	70.829	161.274
Cubiertos por APS (n)	15.419	37.075	19.390	48.773	17.318	44.219
Cubiertos por APS (%)	17,7%	19,5%	19,8%	20,8%	24,5%	27,4%
II RS San Pedro	112.178	314.121	159.831	454.876	83.356	301.372
Cubiertos por APS (n)	22.622	64.782	42.706	104.688	26.026	61.337
Cubiertos por APS (%)	20,2%	20,6%	26,7%	23,0%	31,2%	20,4%
III RS Cordillera	118.455	402.990	137.730	464.473	90.140	242.756
Cubiertos por APS (n)	23.155	71.390	29.106	93.396	16.548	48.719
Cubiertos por APS (%)	19,5%	17,7%	21,1%	20,1%	18,4%	20,1%
IV RS Guairá	66.310	177.900	88.096	248.624	77.905	202.124
Cubiertos por APS (n)	11.231	24.986	15.675	36.656	23.235	50.113
Cubiertos por APS (%)	16,9%	14,0%	17,8%	14,7%	29,8%	24,8%
V RS Caaguazú	7.576	17.840	10.319	24.447	10.101	23.521
Cubiertos por APS (n)	114.468	351.620	154.881	501.460	113.429	316.499
Cubiertos por APS (%)	6,6%	5,1%	6,7%	4,9%	8,9%	7,4%
VI RS Caazapá	13.970	29.881	16.305	37.589	17.616	34.680
Cubiertos por APS (n)	53.646	141.429	62.398	177.360	53.804	131.228
Cubiertos por APS (%)	26,0%	21,1%	26,1%	21,2%	32,7%	26,4%
VII RS Itapúa	152.719	390.395	200.336	506.007	140.908	305.195
Cubiertos por APS (n)	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	26.209	51.504
Cubiertos por APS (%)	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	18,6%	16,9%
VIII RS Misiones	44.324	119.985	58.615	270.457	51.067	126.295
Cubiertos por APS (n)	7.475	25.316	10.715	35.249	8.780	28.678
Cubiertos por APS (%)	16,9%	21,1%	18,3%	20,7%	17,2%	22,7%
IX RS Paraguarí	113.461	386.151	132.704	430.550	79.673	255.166
Cubiertos por APS (n)	13.052	44.872	15.440	54.175	11.670	40.536
Cubiertos por APS (%)	11,5%	11,6%	11,6%	12,6%	14,7%	15,9%
X RS Alto Paraná	100.345	100.345	138.207	397.931	92.395	234.319
Cubiertos por APS (n)	23.032	54.049	25.545	61.455	23.783	49.821
Cubiertos por APS (%)	23,0%	53,9%	18,5%	15,4%	25,7%	21,3%
XI RS Central	579.575	1.283.144	717.667	1.608.357	439.814	909.226
Cubiertos por APS (n)	26.639	68.499	29.246	81.077	24.012	51.192
Cubiertos por APS (%)	4,6%	5,3%	4,1%	5,0%	5,5%	5,6%
XII RS Ñeembucú	37.015	152.603	40.156	163.992	21.541	76.862
Cubiertos por APS (n)	14.166	40.458	13.494	39.099	7.270	18.186
Cubiertos por APS (%)	38,3%	26,5%	33,6%	23,7%	33,7%	23,7%

XIII RS Amambay	43.558	111.726	54.518	142.601	21.619	83.030
Cubiertos por APS (n)	7.611	16.784	11.520	18.301	7.659	17.521
Cubiertos por APS (%)	15,5%	15,0%	21,1%	12,8%	35,4%	21,1%
XIV RS Canindeyú	67.613	150.572	64.034	162.855	40.637	83.291
Cubiertos por APS (n)	12.675	34.125	13.923	40.461	12.146	24.054
Cubiertos por APS (%)	18,7%	22,7%	21,7%	24,8%	29,9%	28,9%
XV RS Presidente Hayes	38.593	124.436	53.992	185.434	43.600	134.111
Cubiertos por APS (n)	4.679	13.088	6.012	18.313	4.184	12.601
Cubiertos por APS (%)	12,15	10,5%	11,1%	9,9%	9,6%	9,4%
XVI RS Alto Paraguay	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos
Cubiertos por APS (n)	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos
Cubiertos por APS (%)	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos	s/datos
XVII RS Boquerón	23.098	38.380	18.210	52.991	11.765	35.779
Cubiertos por APS (n)	1.482	1.489	1.491	2.314	579	1.426
Cubiertos por APS (%)	6,4%	3,9%	8,2%	4,4%	4,92%	3,99%
XVIII RSA Asunción	292.744	768.485	356.133	595.317	142.064	19.651
Cubiertos por APS (n)	5.913	20.561	7.172	27.949	7.988	19.651
Cubiertos por APS (%)	2,0%	2,7%	2,0%	2,9%	5,6%	5,1%

Fuente: Dirección General de Atención Primaria de Salud. Asunción, abril 2011.

Según la tabla anterior, los datos reportados por el Ministerio de Salud mostraban que en varias regiones viene dándose un crecimiento sostenido en el número de personas cubiertas por las USF y la cantidad de consultas. Las regiones sanitarias que muestran un mayor crecimiento en cuanto a población cubierta son: Amambay con un 35.4%; Ñeembucú con un 33.7%; Caazapá con un 32.7%; y San Pedro con un 31.2%. Los de menor crecimiento son: Presidente Hayes con un 9.6%; Asunción con 5.6%; Central con un 5.5% y Boquerón con un 4.52%.

Esto también se ve reflejado en el indicador relacionado con el porcentaje de Unidades de Salud de la Familia que fueron instaladas en el período, lo que alcanzó un 110% para el año 2009, cuando se lograron instalar 166 unidades, y un 101% para el año 2010, aunque en este último año se notó un crecimiento importante en el número de USF que fueron instaladas que casi duplicó a la del año anterior al alcanzar 324 USF nuevas instaladas.

Sin embargo, dadas las limitaciones que hemos venido considerando en cuanto a la producción estadística del Programa, por la falta de datos o por lo incompleto de los mismos, los cálculos que se presentan a continuación son aún incompletos (dado que no incluyen datos para Itapúa y Alto Paraguay) y que se corresponden únicamente al primer semestre del año 2010.

Con relación al indicador relacionado con el porcentaje de personas atendidas en poblaciones con hasta 5000 habitantes con USF funcionando, respecto del total de personas atendidas en toda la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, podemos ver que se ha pasado de un 11.61% en el año 2009, a un 26.80% en el primer semestre del año 2010. Vemos un crecimiento importante en el número de consultas de las USF y consideramos que al tener los datos completos se podrá alcanzar la meta que se había estimado que era de 27.65%.

El indicador relacionado con el porcentaje de consultas realizadas en poblaciones con hasta 5000 habitantes, con USF funcionando respecto del total personas atendidas en toda la red de servicios

del MSPBS en el año muestra que para el año 2009 fue un 18.19%, y para el primer semestre del año 2010 se tiene un 29.96%, lo que nuevamente muestra un crecimiento sostenido en el tiempo.

Tabla No. 6 Cuantificación de los componentes entregados por las Unidades de Salud de la Familia. 2009-2010.

Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2009	Estimado 2010	Efectivo 2010
<u>Economía/Proceso</u> Porcentaje del presupuesto ejecutado respecto al plan financiero asignado en el año t.	(Presupuesto ejecutado en el año t / Recursos incorporados en el plan financiero en enero del año t)*100	85,66% $(24.273.599.303 / 28.335.822.706) * 100$	87,49% $(85.967.555.073 / 98.248.634.369) * 100 (*)$	93.17% $(116.330.079.580 / 124.847.340.821) * 100$
<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de Unidades de Salud de la Familia instaladas en poblaciones con hasta 5000 habitantes respecto de lo planificado en el año t	(Número total de Unidades de Salud de la Familia instaladas en poblaciones con hasta 5000 habitantes en el año t / Número total de Unidades de Salud de la Familia planificadas en poblaciones con hasta 5000 habitantes para el año t)*100	110,67% $(166/150)*100$	100,00% $(321/321)*100$	101% $(324/321) * 100$
<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de personas atendidas en poblaciones con hasta 5000 habitantes con USF funcionando respecto del total personas atendidas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t	(Número de personas atendidas en poblaciones con hasta 5000 habitantes donde estén funcionando las USF en el año t / Número total de personas atendidas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t)*100	11,61% $(294.578 / 2.535.568)*100$	27,65% $(869.226 / 3.143.213)*100$	26.80% (* ⁸⁷) $(384.640 / 1.435.030) * 100$
<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de consultas realizadas en poblaciones con hasta 5000 habitantes y con USF funcionando respecto del total personas atendidas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t	(Número de consultas en poblaciones con hasta 5000 habitantes donde estén funcionando USF en el año t / Número total de consultas realizadas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t)*100	18,19% $(1.248.317 / 6.862.278)*100$	38,54% $(3.486.920 / 9.047.426)*100$	29.96% (*) $(967.285 / 3.228.652) * 100$

Fuente: Construcción propia con datos de la matriz de evaluación elaborada por la DGAPS, y datos estadísticos del primer semestre proporcionados también por dicha Dirección.

⁸⁷ Estos datos son aún incompletos y preliminares para el primer semestre del 2010; sin embargo, dan una muestra del nivel de productividad que van alcanzando los servicios USF.

Actividades de Prevención

Aún cuando los datos son incompletos, dado que en el momento actual aún se encuentran en etapa de procesamiento de los mismos, la información proporcionada por funcionarios de la Dirección General de APS, reportan que para el año 2010 se realizaron las actividades de prevención reflejadas en la tabla siguiente (tabla no.10)

Tabla no. 7. Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Prevención. Año 2010.

DEPARTAMENTO	Suma de Actividades de Prevención 1er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Prevención 2do.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Prevención 3er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Prevención 4to.Trimestre 2010	TOTALES
01 CONCEPCION	3.889	19.165	22.872	5.634	51.560
02 SAN PEDRO		81.204	45.512	34.606	161.322
03 CORDILLERA				11.749	11.749
04 GUAIRA	15.244	21.717	19.251	27.493	83.705
05 CAAGUAZU		21.845	55.516	21.229	98.590
06 CAAZAPA	135	13.233	22.807	22.398	58.573
07 ITAPUA	2.607	65.610	66.414	69.305	203.936
08 MISIONES			15.961	15.185	31.146
09 PARAGUARI	22.654	39.949	29.760	32.256	124.619
10 ALTO PARANA		8.457	18.888	15.859	43.204
11 CENTRAL	1.934	2.619	44.178	3.819	52.550
12 ÑEEMBUQUERON		127	6.105	15.180	21.414
13 AMAMBAY	6.807	12.192	13.604	10.823	43.426
14 CANINDEYU	328	8.615	30.286	30.150	69.379
15 PDTE HAYES		3.814	4.526	4.569	12.909
16 ALTO PARAGUAY			4.024		4.024
17 BOQUERON			773		773
18 CAPITAL		19.862	23.220	22.445	65.627
Total	53.598	318.409	423.697	342.700	1.138.504

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

En total se realizaron 1.138.504 actividades de prevención, destacándose los departamentos de Itapúa (203.936); San Pedro (161.322), Paraguarí (124.619) como los de más alto rendimiento.

Estas acciones estuvieron orientadas a una mayor captación de la población de las comunidades, así como a diversas actividades orientadas a evitar daños en la salud de los habitantes de los territorios sociales abordados.

Es importante resaltar como a nivel de la progresión trimestral se logra ver un mayor número de intervenciones, a partir de una mayor instalación de Unidades de Salud de la Familia.

Actividades de Promoción

En cuanto a las actividades de promoción, la tabla No.11 también muestra una progresión importante en el alcance de resultados. De esa cuenta podemos ver que es la ciudad capital la que más acciones de promoción ha realizado con un total de 68.284 acciones; le sigue el departamento de Itapúa con 44.220; luego Paraguarí con 29.202; luego Guairá con 22.550; y el departamento central con 21.780 acciones. En total se realizaron 273.837 acciones relacionadas con promoción de la salud.

Tabla No. 8 Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Promoción. Año 2010.

DEPARTAMENTO	Suma de Actividades de Promoción 1er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Promoción 2do.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Promoción 3er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Promoción 4to.Trimestre 2010	TOTALES
01 CONCEPCION	672	1.223	1.307	1.419	4.621
02 SAN PEDRO		4.855	3.480	4.152	12.487
03 CORDILLERA				4.228	4.228
04 GUAIRA	3.685	6.393	6.407	6.065	22.550
05 CAAGUAZU		5.060	6.053	7.378	18.491
06 CAAZAPA	66	5.234	7.565	5.343	18.208
07 ITAPUA	899	14.568	14.504	14.249	44.220
08 MISIONES			844	1.371	2.215
09 PARAGUARI	3.448	6.284	8.041	11.429	29.202
10 ALTO PARANA		2.651	4.000	2.857	9.508
11 CENTRAL	136	7.828	13.539	277	21.780
12 ÑEEMBUQU		27	956	2.638	3.621
13 AMAMBAY	1.497	1.481	1.395	1.235	5.608
14 CANINDEYU	11	419	3.677	3.780	7.887
15 PDTE HAYES		138	295	206	639
16 ALTO PARAGUAY			242		242
17 BOQUERON			46		46
18 CAPITAL		22.165	22.684	23.435	68.284
Total	10.414	78.326	95.035	90.062	273.837

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

Actividades de recuperación de la salud

Aún cuando los datos son incompletos, en cuanto a las actividades de recuperación de la salud (relacionadas con consultas médicas), la productividad del componente muestra lo siguiente: En total se realizaron 932.754 consultas. Los departamentos en los cuales se realizaron un mayor número de consultas fueron: San Pedro (136.786); Itapúa (121.156); Paraguarí (111.386); Capital (54.460); Amambay (54.264); Capital (54.125); y Central (52.460).

Tabla No. 9 Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Recuperación. Año 2010.

DEPARTAMENTO	Suma de Actividades de Recuperación 1er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Recuperación 2do.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Recuperación 3er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de Recuperación 4to.Trimestre 2010	TOTALES
01 CONCEPCION	3.509	16.356	19.910	5.246	45.021
02 SAN PEDRO		68.192	40.846	27.748	136.786
03 CORDILLERA				17.016	17.016
04 GUAIRA	13.439	17.188	16.037	22.098	68.762
05 CAAGUAZU		17.100	52.963	21.409	91.472
06 CAAZAPA	385	16.971	3.809	20.463	41.628
07 ITAPUA	3.056	37.625	35.638	44.837	121.156
08 MISIONES			14.909	15.260	30.169
09 PARAGUARI	24.238	29.841	27.586	29.721	111.386
10 ALTO PARANA		6.558	11.362	10.013	27.933
11 CENTRAL	2.556	3.402	44.060	2.442	52.460
12 ÑEEMBUQU		213	8.340	10.670	19.223
13 AMAMBAY	11.594	13.275	15.555	13.840	54.264
14 CANINDEYU	382	3.947	21.659	18.405	44.393
15 PDTE HAYES		2.881	6.250	4.248	13.379
16 ALTO PARAGUAY			2.941		2.941
17 BOQUERON			640		640
18 CAPITAL		16.853	23.537	14.005	54.125
Total	59.159	250.402	346.042	277.421	932.754

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

Actividades de urgencias

En cuanto a la producción del componente relacionado con actividades de urgencia, podemos ver que durante el año 2010, se realizaron 151.194 acciones de urgencia. Los departamentos en donde se realizaron mayoritariamente dichas acciones fueron: Itapúa con 31.977 acciones; San Pedro con 18.528; Ñeembucú 14.671; Caazapá con 14.050 y Paraguarí con 11.114 acciones.

Tabla no. 10 Nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Urgencias. Año 2010.

DEPARTAMENTO	Suma de Actividades de urgencias 1er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de urgencias 2do.Trimestre 2010	Suma de Actividades de urgencias 3er.Trimestre 2010	Suma de Actividades de urgencias 4to.Trimestre 2010	TOTALES
01 CONCEPCION	522	1.433	2.444	745	5.144
02 SAN PEDRO		8.847	4.618	5.063	18.528
03 CORDILLERA				2.670	2.670
04 GUAIRA	1.625	1.972	2.347	2.814	8.758
05 CAAGUAZU		2.076	4.334	2.078	8.488
06 CAAZAPA	34	1.428	1.908	2.192	14.050
07 ITAPUA	573	11.764	10.189	9.451	31.977
08 MISIONES		3.799	1.271	1.700	6.770
09 PARAGUARI	2.845	1.224	3.239	3.806	11.114
10 ALTO PARANA		324	2.206	2.055	4.585
11 CENTRAL	282	10	3.966	163	4.421
12 ÑEEMBUCU		1.083	890	12.698	14.671
13 AMAMBAY	933	1.039	795	1.030	3.797
14 CANINDEYU	41	1.344	3.415	2.628	7428
15 PDTE HAYES			902	458	1.360
16 ALTO PARAGUAY			1.399		1.399
17 BOQUERON			205		205
18 CAPITAL		1.364	2.801	1.664	5.829
Total	6.855	37.707	46.929	54.552	151.194

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

Tabla no. 11 Promedio de actividades de Recuperación de la Salud y de Urgencias por departamento x USF instaladas. Datos preliminares. Año 2010⁸⁸.

Departamento	No. de USF	Total de Actividades de Recuperación de la Salud	Promedio de consultas de Recuperación por USF	Total de Actividades de Urgencia y/o emergencia	Promedio de consultas de urgencia por USF
I. Concepción Población 2009: 190.322 ⁽⁸⁹⁾	26	45.021	1.732	5.144	198
II. San Pedro Población 2009: 355.115	38	136.786	3.600	18.528	488
III. Cordillera Población 2009: 273.606	26	17.16	655	2.670	103
IV. Guairá Población 2009: 196.130	37	68.762	1.875	8.758	237
V. Caaguazú Población 2009: 478.612	29	91.472	3.155	8.488	293
VI. Caazapá Población 2009: 150.910	33	41.628	1.262	14.050	426
VII. Itapúa Población 2009: 529.358	36	121.156	3.366	31.977	889
VIII. Misiones Población 2009: 115.851	23	30.169	1.312	6.770	295
IX. Paraguarí Población 2009: 239.050	31	111.386	3.593	11.114	359
X. Alto Paraná Población 2009: 736.942	41	27.933	682	4.585	112
XI. Central Población 2009: 1.998.994	73	52.460	719	4.421	61
XII. Neembucú ⁽⁸⁹⁾ Población 2009: 83.504	18	19.223	1.068	14.671	815
XIII. Amambay Población 2009: 124.848	21	54.264	2.584	3.797	181
XIV. Canindeyú Población 2009: 179.656	28	44.393	1.586	7.428	266
XV. Pte. Hayes Población 2009: 101.656	10	13.379	1.338	1.360	136
XVI Alto Paraguay Población 2009: 11.413	4	2.941	736	1.399	350
XVII Boquerón Población 2009: 56.164	6	640	107	205	35
XVIII Asunción Población 2009: 518.507	23	54.125	2.354	5.829	254
Población Total 2009: 6.340.639	503	932.754	1.855	151.194	301

⁸⁸Las estimaciones aquí presentadas representan datos preliminares para el 2010, ya que aún no se ha completado la recolección de la información en las diversas Regiones Sanitarias, como puede verse en los datos reportados por Alto Paraná, o la Región Central. Además de que muchas de las USF que se instalaron en el 2010, se instalaron en el último trimestre del año. Por eso los datos deben tomarse como estimaciones incompletas, a la espera de que en el futuro se puedan realizar estimaciones más precisas.

⁸⁹ Las estimaciones estadísticas para el año 2009 se tomaron de: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Compendio Estadístico 2009. Capítulo 2. Sección Demografía. Asunción, Paraguay, febrero 2011. La población total del departamento sería la población potencial del Programa; y la población cubierta actualmente por las USF es la población objetivo en este momento.

Durante las visitas de campo y en las evaluaciones previas realizadas por SER y por Decidamos se pudo constatar que una USF está en capacidad de ofrecer de 20 a 30 consultadas diarias, un promedio de 75-100 consultas semanales; y entre 200 a 400 consultas por mes, lo que nos daría un promedio de consultas por año por USF entre 3,000 a 4,200.

Aún cuando los datos que presentamos en la tabla anterior son preliminares podemos decir que en los Departamentos de San Pedro (3.600 consultas de recuperación); Paraguarí (3.593 consultas de recuperación); Itapúa (3.366 consultas de recuperación); y Caaguazú (3.155 consultas de recuperación); están llegando a alcanzar el promedio estimado por cada USF.

Otras regiones sanitarias que se encuentran en un proceso similar ascendente son las de Amambay (2.584 consultas de recuperación); y Asunción (2.354 consultas de recuperación).

En el ámbito de las consultas de urgencia o emergencia son los departamentos de Itapúa (899 consultas), y de Ñeembucú (815 consultas) los que presentan los promedios más altos en función de las USF instaladas en sus territorios.

De los datos anteriores podemos indicar que el componente general, a través de sus cuatro subcomponentes se va produciendo con incrementos importantes entre un trimestre y otro; y de manera progresiva conforme se van instalando las USF.

Sin embargo, ante lo nuevo del Programa, y lo incipiente que aún son las acciones de monitoreo y evaluación, la medición de los componentes en cuanto a su calidad técnica y el logro de metas han sido un tanto difíciles de medir, no porque no se tengan los resultados, sino porque los mismos aún no han sido procesados.

3.2. Desempeño del Programa a nivel de Propósito

3.2.1. Análisis de Cumplimiento del Propósito

Siguiendo la línea de investigaciones previas (la realizada por la Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular –SER **Puesta en funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar**); la realizada por Decidamos; y las visitas de campo realizadas durante esta evaluación, se puede constatar que en promedio una USF está en capacidad de ofrecer de 20 a 30 consultadas diarias, un promedio de 75-100 consultas semanales; y entre 200 a 400 consultas por mes ^{90, 91, 92}, estos datos nos darían los siguientes resultados en términos de proyecciones del rendimiento de la totalidad de USF instaladas en el país.

⁹⁰Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular –SER. **Informe Final. Monitoreo Lote 1: Puesta en funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar.** Monitoreo de las actividades desarrolladas en el marco del “Programa de lucha focalizada contra la pobreza”.¹ Convenio ALAS/2006/018-053. Unión Europea. Marzo 2010. 159 pp.

⁹¹ Decidamos-Campaña por la expresión ciudadana. Evaluación del proceso de instalación del modelo de Atención Primaria en Salud en 30 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 4 departamentos del país. Asunción, Octubre-Diciembre 2010. 23 pp.

⁹²Se realiza esta estimación dado que en la actualidad no se cuenta con el procesamiento estadístico del rendimiento de las USF a nivel de Ministerio de Salud, tal como ya se ha mencionado en varios apartados anteriores.

Tabla no. 12 Estimaciones del nivel de Productividad de los componentes de las USF. Actividades de Recuperación y Urgencias. Años 2008-2010.

Período	Número de USF Instaladas	Estimado de Consultas por Semana (indicador promedio mínimo 15 consultas x día) 75	Estimado de Consultas por mes (indicador promedio 250 consultas x mes)	Estimado de consultas por año (indicador promedio 3000 x año)	Estimado de consultas x mes (indicador alto 350 consultas)	Estimado de consultas por año (indicador promedio 4200 x año)
Agosto-Diciembre 2008	13	975	3.250	39.000	4.550	54.600
Enero-Junio 2009	89	6.675	22.250	267.000	31.150	373.800
Julio-Diciembre 2009	179	13.425	44.750	537.000	62.650	751.800
Enero-Junio 2010	276	20.700	69.000	828.000	96.600	1.159.200
Julio-Diciembre 2010	503	37.725	125.750	1.509.000	176.050	2.112.600

Fuente: Construcción propia con base a visita de campo y resultados obtenidos en otras evaluaciones.

Tal como podemos ver en la tabla no. 14, las 503 USF pueden llegar a producir un total de 2.112.600 por año, por lo que estarían en capacidad de ofrecer al menos una consulta por año al total de la población objeto de su trabajo.

En la tabla siguiente se puede ver la distribución de las USF por distrito, el porcentaje de población cubierta; así como su relación con la población total del departamento. Llama la atención que departamentos como Guairá (94.3% de cobertura USF); Misiones (100% cobertura USF); Ñeembucú (108% de cobertura USF); Amambay (85% cobertura USF); tienen niveles de cobertura mucho más altos que los de la población en pobreza y pobreza extrema (por ejemplo Concepción muestra una cobertura del 68.31%; San Pedro 53.51%; Caaguazú un 30.30%; Canindeyú un 78%. Solamente Caazapá muestra una cobertura de un 110). Esto es explicable por el número de población de algunos de estos lugares; así como por el impulso que los directores de las regiones sanitarias han hecho de la estrategia de Atención Primaria de Salud.

Es importante mencionar que tanto en Asunción, como en departamento Central, las coberturas son de 23% y de 19%, pero esto tiene que ver también con un grueso de población mayor en dichas áreas.

También en lo relacionado con los departamentos de la región occidental (Chaco), en donde la extensión del territorio, y la dispersión de la población, podría hacer creer que se han alcanzado las coberturas adecuadas, como sucede con el departamento Alto Paraguay, donde se habría alcanzado un 176%, aunque en Boquerón sólo se ha alcanzado un 54%; y en Presidente Hayes un 50%.

Tabla No. 13: Instalación de Unidades de Salud de la Familia por departamentos y distritos.

Departamento	Distritos	Distrito Tekoporá	No. de USF	Población Cubierta USF (Estimado 5.000 x USF)	% Población USF / % Población Total
I. Concepción Población 2009 190.322 (⁹³)	Concepción	Sí	10	130.000	68.31%
	Belen	No	--		
	Horqueta	Sí	11		
	Loreto	No	--		
	San Carlos	No	1		
	San Lázaro	Sí	2		
	Yby Yau	Sí	2		
	Sub-total		26		
II. San Pedro Población 2009 355.115	San Pedro de. Ycuamandiyú	Sí	3	190.000	53.51%
	Antequera	Sí	1		
	Choré	Sí	3		
	General Elizardo Aquino	Sí	1		
	Itacurubi del Rosario	No	1		
	Lima	Sí	3		
	Nueva Germania	Sí	--		
	San Estanislao	Sí	2		
	San Pablo	Sí	--		
	Tacuatí	Sí	1		
	Unión	Sí	2		
	25 de Diciembre	No	1		
	Villa del Rosario	Sí	1		
	General Resquín	Sí	4		
	Yataity del Norte	No	2		
	Guayaibi	Sí	3		
	Capiibary	Sí	6		
	Santa Rosa del Aguaray	Sí	3		
	Yrybykuá	Sí	1		
	Sub-total		38		
III. Cordillera Población 2009 273.606	Caacupé	No	2	130.000	47.52%
	Altos	No	3		
	Arroyos y Esteros	No	2		
	Atyrá	No	1		
	Caraguatay	No	3		
	Emboscada	No	1		
	Eusebio Ayala	No	1		
	Isla Pucú	No	--		
	Itacurubí de la Cordillera	No	1		
	Juan de Mena	Sí	1		
	Loma Grande	No	1		
	Mbocayaty de Yhaguy	No	1		
	Nueva Colombia	No	1		
	Piribebuy	No	1		
	Primero de Marzo	No	2		
	San Bernardino	No	1		
	San José Obrero	No	--		
	Santa Elena	No	--		
	Tobatí	No	2		
	Valenzuela	No	2		
	Sub-total		26		

⁹³ Las estimaciones estadísticas se tomaron de: Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Compendio Estadístico 2009. Capítulo 2. Sección Demografía. Asunción, Paraguay, febrero 2011.

Departamento	Distritos	Distrito Tekoporá	No. de USF	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / % Población Total
IV. Guairá	Villarrica del Espíritu Santo	No	5		
	Borja	No	3		
Población 2009	Capitán Mauricio José Troche	No	2		
196.130	Coronel Martínez	No	1		
	Félix Pérez Cardozo	Sí	1		
	General Eugenio A. Garay	No	2		
	Colonia Independencia	No	7		
	Itapé	No	1		
	Iturbe	No	1		
	José Fassardi	Sí	2		
	Mbocayaty del Guairá	No	1		
	Natalicio Talavera	No	1		
	Ñumí	No	1		
	San Salvador	No	1		
	Yataity del Guairá	No	2		
	Doctor Bottrell	No	-		
	Paso Yobai	Sí	6		
	Sub-total		37		
V. Caaguazú	Coronel Oviedo	No	1		
Población 2009	Caaguazú	Sí	1		
478.612	Carayaó	Sí	4		
	Dr. Cecilio Báez	Sí	1		
	Santa Rosa del Mbutuy	No	1		
	Dr. Juan Manuel Frutos	No	--		
	Repatriación	Si	3		
	Nueva Londres	No	--		
	San Joaquín	Sí	3		
	San José de los Arroyos	No	--		
	Yhú	Sí	3		
	Dr. José Eulogio Estigarribia	No	2		
	R.I. 3 Corrales	Si	1		
	Raúl Arsenio Oviedo	Si	1		
	José Domingo Ocampos	No	1		
	Mariscal Francisco S. López	No	2		
	La Pastora	Si	1		
	3 de Febrero	No	1		
	Simón Bolívar	Si	1		
	Vaquería	Si	--		
	Tembiapora	Si	2		
	Sub-total		29		

Departamento	Distritos	Distrito Tekoporá	No. de USF	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / % Población Total
VI. Caazapá Población 2009 150.910	Caazapá	No	5	165.000	110%
	Abaí	Si	6		
	Buena Vista	Si	1		
	Dr. Mosiés S. Bertoni	Si	1		
	General Higinio Morínigo	No	1		
	Maciel	No	1		
	San Juan Nepomuceno	Si	4		
	Tavaí	Si	5		
	Yegros	No	1		
	Yuty	No	8		
Sub-total			33		
VII. Itapúa Población 2009 529.358	Encarnación	No	6	180.000	34%
	Bella Vista	No	1		
	Cambyretá	No	2		
	Capitán Meza	No	1		
	Capitán Miranda	No	1		
	Nueva Alborada	Si	2		
	Carmen del Paraná	No	--		
	Coronel Bogado	No	--		
	Carlos Antonio López	No	1		
	Natalio	No	1		
	Fram	No	--		
	General Artigas	No	1		
	General Delgado	No	1		
	Hohenau	No	--		
	Jesús	Si	1		
	José Leandro Oviedo	Si	1		
	Obligado	No	--		
	Mayor Julio D. Otaño	Si	1		
	San Cosme y Damián	No	1		
	San Pedro del Paraná	Si	4		
	San Rafael del Paraná	No	--		
	Trinidad	No	1		
	Edelira	No	3		
	Tomás Romero Pereira	No	--		
	Alto Verá	Si	2		
	La Paz	No	1		
	Yatytay	Si	1		
	San Juan del Paraná	No	1		
	Pirapó	No	1		
	Itapúa Poty	Si	1		
Sub-total			36		

Departamento	Distritos	Distrito Tekoporá	No. de USF	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / % Población Total
VIII. Misiones Población 2009 115.851	San Juan Bautista	No	4	115.000	100%
	Ayolas	No	3		
	San Ignacio	Si	5		
	San Miguel	No	2		
	San Patricio	Si	2		
	Santa María	Si	1		
	Santa Rosa	Si	2		
	Santiago	No	2		
	Villa Florida	No	1		
	Yabebury	No	1		
Sub-total			23		
IX. Paraguari Población 2009 239.050	Paraguarí	No	3	155.000	65%
	Acahay	No	2		
	Caapucú	No	1		
	General Bernardino Caballero	No	1		
	Carapeguá	No	3		
	Escobar	No	1		
	La Colmena	No	1		
	Mbuyapey	Si	3		
	Pirayú	No	3		
	Quiindy	No	1		
	Quyquyhó	No	2		
	San Roque González de Sta. Cruz	No	3		
	Sapucai	Si	2		
	Tabiuarymí	Si	1		
	Yaguarón	No	2		
	Ybycuí	No	1		
	Ybytimí	No	1		
Sub-total			31		

Departamento	Distritos	Distrito Tekoporá	No. de USF	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / % Población Total
X. Alto Paraná Población 2009 736.942	Ciudad del Este	No	3	205.000	28%
	Presidente Franco	No	1		
	Domingo Martínez de Irala	No	1		
	Dr. Juan León Mallorquín	No	3		
	Hernandarias	No	4		
	Itakyry	Si	4		
	Juan Emilio O'Leary	No	2		
	Ñacuanday	Si	2		
	Yguazú	No	1		
	Los Cedrales	No	2		
	Minga Guazú	No	2		
	San Cristóbal	No	2		
	Santa Rita	No	1		
	Naranjal	No	1		
	Santa Rosa del Monday	No	3		
	Minga Porá	No	2		
	Mbaracayú	No	2		
	San Alberto	No	2		
	Colonia Iruña	No	1		
	Santa Fe del Parana	No	2		
	Sub-total		41		
XI. Central Población 2009 1.998.994	Areguá	No	10	365.000	19%
	Capiatá	Si	14		
	Fernando de la Mora	No	4		
	Guarambaré	No	1		
	Itá	No	2		
	Itauguá	No	3		
	Lambaré	No	--		
	Limpio	Si	5		
	Luque	Si	7		
	Mariano Roque Alonso	No	4		
	Nueva Italia	No	1		
	Ñemby	No	--		
	San Antonio	No	2		
	San Lorenzo	No	5		
	Villa Elisa	No	6		
	Villeta	No	1		
	Ypacarai	No	1		
	Ypané	No	2		
	J. Augusto Saldivar	No	5		
	Sub-total		73		

Departamento	Distritos	Distrito Tekoporá	No. de USF	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / % Población Total
XII. Ñeembucú Población 2009 83.504	Pilar	No	3	90.000	108%
	Alberdi	No	1		
	Cerrito	Sí	1		
	Desmochados	No	--		
	General José E. Díaz	No	2		
	Guazú Cuá	Sí	1		
	Humaitá	No	1		
	Isla Umbú	No	1		
	Laureles	No	1		
	Mayor José Domingo Martínez	No	1		
	Paso de Patria	No	--		
	San Juan Bautista de Ñeembucú	Sí	2		
	Tacuaras	Sí	1		
	Villa Franca	Sí	1		
	Villa Oliva	Sí	1		
	Villalbín	No	1		
	Sub-total		18		
XIII. Amambay Población 2009 124.848	Pedro Juan Caballero	No	13	105.000	85%
	Bella Vista	Si	3		
	Capitán Bado	Si	5		
	Sub-total		21		
XIV. Canindeyú Población 2009 179.656	Salto del Guairá	No	2	140.000	78%
	Corpus Christi	Si	4		
	Curuguaty	Si	6		
	Ygatimí	Si	4		
	Itanará	Si	1		
	Ypehú	Si	1		
	General Francisco C. Alvarez	No	2		
	Katueté	No	--		
	La Paloma	No	1		
	Nueva Esperanza	Si	2		
	Yasy Cañy	Si	5		
	Sub-total		28		
XV. Pte. Hayes Población 2009 101.656	Pozo Colorado	No		50.000	50%
	Benjamín Aceval	No			
	Puerto Pinasco	No	1		
	Villa Hayes	No	5		
	Nanawa	No			
	José Falcón	No			
	Tte. Irala Fernández	No	4		
	Sub-total		10		

Departamento	Distritos	Distrito Tekoporá	No. de USF	Población Cubierta USF	% Población Cubierta USF / % Población Total
XVI Alto Paraguay Población 2009 11.413	Fuerte Olimpo	No	1	20.000	176%
	La Victoria (Ex Puerto Casado)	Si	1		
	Bahía Negra	No	1		
	Carmelo Peralta	No	1		
	Sub-total		4		
XVII Boquerón Población 2009 56.164	Dr. Pedro P. Peña	No	-	30.000	54%
	Mariscal José Félix Estigarribia	No	2		
	Filadelfia	No	2		
	Loma Plata	No	1		
	General Eugenio Garay	No	1		
	Sub-total		6		
XVIII Asunción Población 2009 518.507	Bañado Norte	Si	7	115.000	23%
	Bañado Sur	Si	12		
	Jara	Si	1		
	Zeballos Cue	Si	3		
	Sub-total		23		
Población Total 2009 6.340.639			503	2.520.000	40%

Los indicadores de extensión de cobertura mostrados en las tablas anteriores permiten tener una visión realista de la progresión con la que el Programa se va instalando en las comunidades. Sin embargo, hay algunas regiones sanitarias como Asunción (23%); Boquerón (54%), Presidente Hayes (50%), Central (19%); Alto Paraná (28%); Itapúa (34%); Caaguazú (30%), San Pedro (53.5%); Cordillera (47.5%), que aún requieren de un esfuerzo mayor para la implementación de nuevas USF.

La producción de los componentes por parte de las USF son entonces suficientes para el logro del propósito, el cual establecía “Acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios”; sin embargo, la producción de estadísticas del Programa está un tanto “retrasada” en cuanto a la información que debe proveer a la ciudadanía. A nivel de las Regiones Sanitarias se podrían analizar la posibilidad de optimizar la utilización de recursos humanos para la realización de dichas tareas; a la par de mejorar las capacidades de coordinación con los equipos centrales del Ministerio de Salud que tienen a su cargo la producción de las estadísticas oficiales.

3.2.2. Beneficiarios Efectivos del Programa

A través de las 503 USF instaladas, se estima que en la actualidad entre 1.760.500 a 2.515.000 personas han pasado a recibir los servicios de salud ofrecidos desde esta organización. Los departamentos más beneficiados han sido Caazapá con un 110% de cobertura; Ñeembucú con 108%; Misiones con 100%; Guairá con 94.33%; Amambay con 85%.

La distribución poblacional efectiva por componentes está en proceso de construcción por parte del personal de la DGAPS. Una vez concluidos los censos y procesada la información se podrá tener una visión más completa de la población efectiva que esta accediendo a los servicios de salud que ofrecen las USF. En el momento actual los beneficiarios efectivos constituyen la misma población en la que llegan los servicios. Ese es el criterio definido para la población efectiva.

Tabla No. 14: Instalación de Unidades de Salud de la Familia por departamentos y porcentaje de población cubierta por el Programa .

Departamento	No. de USF	Población Cubierta USF (Estimado 5.000 x USF)	% Población Cubierta USF / % Población Total
I. Concepción Población 2009: 190.322 (⁹⁴)	26	130.000	68.31%
II. San Pedro Población 2009: 355.115	38	190.000	53.51%
III. Cordillera Población 2009: 273.606	26	130.000	47.52%
IV. Guairá Población 2009: 196.130	37	185.000	94.33%
V. Caaguazú Población 2009: 478.612	29	145.000	30.30%
VI. Caazapá Población 2009: 150.910	33	165.000	110%
VII. Itapúa Población 2009: 529.358	36	180.000	34%
VIII. Misiones Población 2009: 115.851	23	115.000	100%
IX. Paraguari Población 2009: 239.050	31	155.000	65%
X. Alto Paraná Población 2009: 736.942	41	205.000	28%
XI. Central Población 2009: 1.998.994	73	365.000	19%
XII. Ñeembucú Población 2009: 83.504	18	90.000	108%
XIII. Amambay Población 2009: 124.848	21	105.000	85%
XIV. Canindeyú Población 2009: 179.656	28	140.000	78%
XV. Pte. Hayes Población 2009: 101.656	10	50.000	50%

⁹⁴ Las estimaciones estadísticas para el año 2009 se tomaron de: Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Compendio Estadístico 2009. Capítulo 2. Sección Demografía. Asunción, Paraguay, febrero 2011. La población total del departamento sería la población potencial del Programa; y la población cubierta actualmente por las USF es la población objetivo en este momento.

XVI Alto Paraguay Población 2009: 11.413	4	20.000	176%
XVII Boquerón Población 2009: 56.164	6	30.000	54%
XVIII Asunción Población 2009: 518.507	23	115.000	23%
Población Total 2009: 6.340.639	503	2.515.000	40%

3.2.3 Análisis de Cobertura

En el momento actual se considera que el Programa de las USF viene cubriendo un 40% de la población paraguaya. La población potencial serían los 6.451.000 habitantes estimados para el año 2010 (⁹⁵); y la población objetivo es la población que habita en las zonas donde se instalan las USF.

Tabla No.15 Matriz Población Estimada por ciclos de edad a ser atendidas por las USF. Año 2010.

CONCEPTOS	NIÑO/A	PRE ADOLESCENT E	ADOLESCENT E	Adultos			Adultos mayores	POBLACION Total
				20 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años		
RANGO DE EDADES/ CATEGORIAS	0 a 4 años	5 a 14 años	15 a 19 años	20 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 y mas	
Mujeres	111000	212400	92400	283600	95800	74400	98200	967800
Hombres	115600	223800	102600	307800	102000	84600	95800	1032200

Población Indígena								
Mujeres	899	1720	748	2297	776	603	795	7839
Hombres	989	1925	795	2647	877	728	824	8784
Personas con Discapacidad								
Mujeres	500	956	416	1276	431	335	442	4355

Fuente: Dirección General de Planificación-Dirección General de Atención Primaria de Salud. Programación Estratégica Institucional. 2009-2013. Asunción, julio 2010. Obs.: Los grupos etarios fueron modificados de manera a que coincidan con los actualmente utilizados por el Departamento de Bioestadística del MSPyBS.

La tabla anterior muestra que del estimado de población que se pretendía cubrir en el período 2010, alcanzaba 2.000.000 de habitantes, distribuidos de la siguiente manera: En el rango de 0 a 4 años se encontrarían 226,600 personas, lo que equivale a un 11.33%. En el rango de 5 a 14 años se encontrarían 436,200 (equivalente a un 21.81%); de 15 a 19 años serían 195,000 personas (equivalente a un 9.75%); los adultos de 20 a 50 años serían 948,200 (equivalente a 47.4%); y las personas de la tercera edad serían 194,000 personas (equivalente a 9.7%). La población femenina a ser atendida sería el equivalente a un 48.4%; y la población masculina sería de 51.6%.

⁹⁵ Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay: **Proyección de la Población Nacional por sexo y edad. 2000-2050**. Asunción, Paraguay, Diciembre 2005. Pp. 119.

Se estimó adicionalmente que la población indígena que se atendería sería de 16.623 personas, con una distribución de 7.839 mujeres (48%) y 8.784 hombres (52%). Esto equivale a un 15% del total de la población indígena del país (⁹⁶).

También se consideró atender a un total de 10.045 personas con discapacidad, de las cuales, 4.355 serían mujeres (43.4%), y 5.690 serían hombres (56.6%) (⁹⁷).

Consideramos que en el momento actual las USF perfectamente pueden llegar a alcanzar a dichas poblaciones, aunque como ya hemos mencionado anteriormente, falta constatar esta cuestión con las estadísticas oficiales de los beneficiarios efectivos que deben ser generadas desde el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

3.2.4. Focalización del Programa

En general, las acciones del Programa tanto en el desarrollo de sus diversos componente como en la misma instalación de las USF están orientados a la población beneficiaria especificada en los criterios de focalización (Índice de Priorización geográfica, situación de pobreza, existencia de otros programas enfocados a grupos vulnerables, dentro del principio de Equidad, dificultades de accesibilidad a los servicios de salud, de la población; población excluida, sean estos Indígenas, asentamientos, y barrios marginados de las zonas urbanas).

En relación a la población que se deseaba atender, como ya se ha señalado en un capítulo anterior, el Programa priorizó la instalación de las USF en territorios sociales en condiciones de pobreza y pobreza extrema. En el Año 2008, la instalación de los 13 equipos USF se hizo en las zonas depauperadas de Asunción y del departamento Central (sobre todo alrededor en las zonas de los Bañados: Norte y Sur). En el año 2009, se instalaron 166 USF; de estas, 25 USF se habían instalado en San Pedro; 15 en Canindeyú; 21 en Caazapá; 19 en Caaguazú; y 19 en Concepción. Es decir, casi el 40% de las unidades instaladas en ese año fueron hacia zonas de pobreza. Para finales del año 2010, estos mismos 5 departamentos concentraban el 31% de todas las USF: San Pedro (38 USF); Canindeyú (28); Caazapá (33); Caaguazú (29); Concepción (26). La tabla No.16 muestra la progresión en la instalación de las USF.

⁹⁶ Segundo los resultados que presenta la Encuesta de Hogares Indígenas del 2008, la población indígena para dicho año alcanzó a un total de 108.308 personas, que representan al 1,7% de la población total del país. Bajo esta programación las USF atenderían alrededor de un 15% de la población indígena. Ver: Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Encuesta de Hogares Indígenas 2008**. Asunción, Paraguay, Agosto 2008.

⁹⁷ Diversas estimaciones internacionales coinciden en afirmar que en un población determinada, al menos un 10% presenta algún nivel de discapacidad. De esa cuenta la población que se estimaría con discapacidad para Paraguay sería de 634.064 habitantes. Las USF lograrían atender a un 2% de dicha población.

Tabla No. 16: Instalación de USF por departamento y zonas de pobreza. Años 2009-2010

Departamento	Total USF 2009	Total USF 2010	Número de distritos en pobreza (⁹⁸)	Total de USF instaladas en distritos en pobreza	% del total de USF en zonas de pobreza
01 Concepción	18	26	4	25	97%
02 San Pedro	12	38	14	34	90%
03 Cordillera	12	26	1	1	4%
04 Guairá	17	37	3	9	25%
05 Caaguazú	19	29	12	19	66%
06 Caazapá	21	33	5	17	52%
07 Itapúa	16	36	8	13	37%
08 Misiones	13	23	4	10	44%
09 Paraguarí	18	31	3	6	20%
10 Alto Paraná	14	41	2	6	15%
11 Central	33	73	3	26	36%
12 Ñeembucú	9	18	6	7	39%
13 Amambay	14	21	2	8	38%
14 Canindeyú	14	28	7	23	83%
15 Presidente Hayes	5	10	0	--	0%
16 Boquerón	3	6	0	1	17%
17 Alto Paraguay	4	4	1	--	0%
18 Capital	12	23	4	23	100%
Total	276	503	79	228	46%

Fuente: Datos proporcionados por la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

De los cinco departamentos que concentran los mayores índices de pobreza, se puede observar que la mayor cantidad de USF fueron a los distritos que necesitaban tal tipo de intervención. En el caso de Concepción, el 97% de las USF que fueron instaladas fueron a zonas de pobreza; en el caso de San Pedro dicha cifra alcanza el 90%; en el caso de Canindeyú se alcanza un 83%; en Caaguazú un 66%, y en Caazapá un 52%. Sin embargo, en el caso de la ciudad de Asunción, el 100% de las USF instaladas fueron a zonas de pobreza y pobreza extrema.

De los 79 lugares en donde actualmente opera Tekoporá, sólo en 3 lugares aún no se han instalado USF. Esos 3 lugares son: Nueva Germania y San Pablo, en el departamento de San Pedro; y Vaquería en el departamento de Caaguazú. En los otros 76 lugares, se han instalado USF (97%). Sin embargo, hay que recordar que por cuestiones de distancia y dispersión de población la cifra de 5.000 habitantes por USF puede no ser realista a la hora de querer llegar a poblaciones, sobre todo en la zona del Chaco, en donde se requiere de un nivel de intervención diferenciado. Se estima que con estas 228 USF en zonas de pobreza se ha llegado a 1.140.000 habitantes es decir, casi un 50% de la población pobre recibe hoy en día los servicios de salud (⁹⁹).

⁹⁸ Como criterio para definir los distritos en donde el gobierno ha estado invirtiendo en el combate a la pobreza se tomaron los listados de departamentos y distritos en los cuales el Programa Tekoporá está instalado, dado que este ha sido el programa prioritario a través del cual este y el anterior gobierno focalizaron la lucha contra la pobreza.

⁹⁹ Según datos de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos, para el año 2008, el 37.9% de la población (2.324.556 personas) vivían en condiciones de pobreza. De estas, el 19% vivían en condiciones de pobreza extrema (1.165.384 personas) y un 18.9% (1.159.173 personas) vivían en condiciones de pobreza no extrema. Ver: Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Estadísticas Recientes sobre Pobreza. Encuesta Permanente de Hogares 2007.** Asunción, Paraguay, Agosto, 2008. Una medición más reciente mostró que en el período 1997-2008, la pobreza pasó de 36.1 a 37.9%. Pasando en el período a nivel urbano de 22.5 a 30.2%; y en el área rural de 51.6% a 48.8%. Ver: Gobierno de la República del Paraguay.

La instalación de USF en otras zonas que no eran distritos de pobreza o pobreza extrema se debió fundamentalmente a que el modelo, una vez en proceso, deberá universalizar los servicios de salud a toda la población.

3.2.5. Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

Como mencionábamos en una sección precedente, la evaluación llevada a cabo por Decidamos en una muestra de 30 USF, señalaba un alto nivel de satisfacción de los usuarios por los servicios que actualmente reciben ⁽¹⁰⁰⁾. Un 90% de la población se sentía satisfecha por los Servicios ofrecidos a nivel de las USF.

De la misma manera, un porcentaje alto del personal de salud que trabajaba en las USF se mostró satisfecho con los servicios que se ofrecen. Un 80% dijo que los servicios son muy buenos y un 17% más que consideran que se está a un nivel adecuado.

Un 63.1% de los usuarios dijeron que la atención fue relativamente rápida; un 85% dijo que había llevado además a otros miembros de la familia a consultar a la USF; un 84% dijo que se había atendido bien a sus familiares; el 90% dijo que se les había examinado, aunque un 10% consideraba que hacían falta otros medios diagnósticos; el 70% indicó que había necesidad de más medicamentos.

Con relación al tema de los medicamentos, el Programa ha tomado nota de esta situación y en el momento actual se encuentra realizando un diseño de intervención que le permita subsanar estas dificultades.

3.3. Desempeño del Programa a nivel de Fin

Podemos decir que el Programa de las USF aporta el desarrollo del Fin, que fue definido como: “Mejorar las condiciones de salud y de vida de la población Paraguay”.

Se considera que las diversas acciones y la producción de los componentes están orientadas a mejorar las condiciones de salud y de vida de la población. Los resultados muestran un avance importante en la instalación de las USF, en la cobertura de los servicios de salud, en las acciones de prevención, promoción, recuperación, emergencias y/o urgencias.

Se ha llegado a un 50% de la población en pobreza y pobreza extrema, se han fortalecido las acciones en los territorios sociales de mayor pobreza. Se ha establecido una mayor y mejor infraestructura, aunque aún es deficitaria.

Sumamente importante ha sido el nivel de movilización social que el Programa va logrando tanto a nivel de las actividades de prevención como de promoción, pero como ya lo mencionamos

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Boletín Pobreza. Mejora de la metodología de medición de pobreza en Paraguay. Resultados 1997-2008.** 21 Nov. 2009. Pp.23.

¹⁰⁰Decidamos-Campaña por la expresión ciudadana. **Evaluación del proceso de instalación del modelo de Atención Primaria en Salud en 30 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 4 departamentos del país.** Asunción, Octubre-Diciembre 2010. 23 pp.

antes, aún el proceso es reciente y el cambio de mentalidad con relación al modelo de hacer salud en el país, todavía tiene un período de 10 a 15 años para lograr cambios sustantivos.

Aún se está en el proceso de la producción de estadísticas más globales relacionadas con la atención a grupos prioritarios: mujeres embarazadas, niños y niñas menores de cinco años; personas con hipertensión y con diabetes, pero seguramente los resultados mostrarán un impacto favorable en el manejo de dichos grupos humanos.

4. RECURSOS FINANCIEROS

NOTA: Toda la información de presupuesto corresponde a información del Presupuesto final de los programas.

4.1 Porcentaje del presupuesto ejecutado respecto al Plan Financiero asignado.

La información mostrada en el capítulo no.1 indicaba que del total del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a la Dirección General de Atención Primaria en Salud le correspondió para el año 2009 un 2.1%. Para el año 2010, le correspondió un 5.7%; y para el año 2011 se estima que alcanzará un 7.48%. Es decir, a lo largo de los últimos 3 años se puede ver un crecimiento porcentual sostenido para la implementación del Programa relacionado con la Atención Primaria en Salud.

Como puede verse en la tabla siguiente (tabla que ya ha sido presentada en un capítulo anterior), son los recursos propios del Estado los que sustentan el programa APS en su mayor porcentaje. Para el año 2009 constituyó el 95.9% de los recursos (fuente 10), mientras que la fuente 30 ocupó un 4.1% para el año 2010, el 96.2% provino de recursos del tesoro público; un 0.45% de préstamos; y un 3.32% de donaciones y/u otras instituciones ⁽¹⁰¹⁾.

Tabla No.17 Origen y Asignación presupuestaria a la Dirección General de Atención Primaria de Salud según fuente para los años 2009-2010

Fuente	Plan financiero 2009	Plan financiero 2010
10	27.165.713.206	120.138.903.228
20		565.368.785
30	1.170.109.500	4.143.068.808
Total	28.335.822.706	124.847.340.821

Fuente: DGAPS, administración. Abril del 2011

Si bien el presupuesto aprobado para el año 2009 fue de 35.616.050.000 guaraníes, en la práctica a través del plan financiero final se asignó 28.335.822.706 (79.55%), lo que significó una reducción del 20.45%. La ejecución fue de un 68% del presupuesto aprobado y un 84% del presupuesto modificado (se ejecutaron Gs. 24.273.599.303).

Para el año 2010, el presupuesto aprobado alcanzó los 105.761.753.474 guaraníes, aunque posteriormente se dio una ampliación presupuestaria equivalente a un 23% más de lo que originalmente se tenía contemplado (130.092.858.159). Esto permitió contar con un mayor

¹⁰¹ Sólo como recordatorio, algo que ya se mencionó anteriormente, el Presupuesto General de la Nación cuenta con tres tipos de fuentes de ingresos: recursos del Tesoro Público (FF10- ingresos tributarios, regalías, aportes de empresas públicas y otros ingresos); recursos de crédito público (FF20-préstamos que recibe el Estado para financiar gastos de inversión pública); y recursos institucionales (FF30-generados por las instituciones y administrado por la propia entidad receptora, y las donaciones que recibe el gobierno)

volumen de recursos; lográndose un nivel de ejecución del 89% sobre el presupuesto modificado (en total se ejecutaron Gs. 116.330.079.580).

En términos generales podemos decir que se nota una mayor utilización de los recursos conforme el Programa de Atención Primaria de la Salud se va estableciendo y se van implementando las Unidades de Salud de la Familia.

4.2. Análisis de eficiencia actividades y/o componentes

4.2.1 Costos de instalación y funcionamiento USF

Según estimaciones realizadas por Moliner y Ocáriz (¹⁰²), el costo total de instalación y funcionamiento de un año de una USF es de 587.818.000 guaranés, incluyendo (i) recursos humanos, integrado por el Equipo de Salud de la Familia, más 3 agentes comunitarios de salud; ii) Medicamentos e insumos; iii) Mantenimiento; iv) Equipos e instrumentos médicos y enseres, y v) infraestructura edilicia, para una adecuación de las instalaciones existentes.

En el caso de que se requiera una construcción nueva, el costo total asciende a 785.818.000 guaranés.

Pero el costo de los medicamentos es imputable a la Unidad de Compra de Insumos Estratégicos del Gabinete del Ministro, por lo que se estima unos 4.000.000 anuales para la compra de insumos. Los gastos anuales recurrentes mínimos de una USF (sin inversión en infraestructura edilicia, ni equipamiento, ni mantenimiento, ni compra de medicamentos) es de 287.400.000 guaranés. Debido al incremento en la demanda de servicios que se viene presentando a nivel de los servicios de salud, seguramente algunas de estas cifras deberán variar en los próximos años. En los primeros años seguramente habrá mayor demanda por medicamentos, pero conforme se vayan afianzando las acciones de prevención y de promoción de la salud dichos gastos deberían tener una tendencia a disminuir; aunque seguramente se requerirá una mayor inversión en agua y saneamiento y en actividades básicas de prevención de vectores.

4.2.2 Costo de Promedio Mensual de Recursos Humanos USF

Como puede verse en la tabla siguiente el costo promedio mensual por recursos humanos muestra una diferencia de casi un 20% entre el costo a nivel de los departamentos y distritos del interior con relación al personal que se sitúa en la capital del país. Esto se debe a que el personal sanitario que va al interior, no sólo debe desplazarse hacia lugares remotos, vivir y permanecer en lugar, además de cumplir con su jornada laboral. De esa cuenta, la DGAPS creó un incentivo a fin de lograr que una buena cantidad de recursos humanos calificados pudieran aceptar y

¹⁰² Moliner, Lila y Ocáriz, Luisa. Campaña Desarmemos el Presupuesto para el Presupuesto General de la Nación 2011 en el área de salud. Estudio técnico realizado a: Decidamos Campaña para la Expresión Ciudadana. Asunción, Paraguay, Agosto 2010. 33 pp.

desplazarse hacia áreas del país en donde anteriormente no se ofrecían, o se ofrecían escasamente, los servicios de salud.

También hay una diferencia entre el personal presupuestado y el personal contratado, en término de las prestaciones y beneficios laborales que tienen los primeros.

Tabla No. 18 Costo Promedio mensual de Recursos Humanos de las Unidades de Salud de la Familia.

CONTRATADO	Capital	Central	Interior
Médico/a	6.390.000	7.700.000	9.000.000
Lic. en enfermería u obstetricia	4.400.000	4.950.000	5.500.000
Auxiliar de enfermería	2.702.000	2.702.000	2.702.000
Agente Comunitario de Salud	1.590.000	1.590.000	1.590.000
Total	15.082.000	16.942.000	18.792.000
PRESUPUESTADO	Capital	Central	Interior
Médico/a	6.560.000	7.870.000	9.170.000
Lic. en enfermería u obstetricia	4.520.000	5.036.000	5.614.000
Auxiliar de enfermería	2.895.200	2.895.200	2.895.200
Agente Comunitario de Salud	1.590.000	1.590.000	1.590.000
Total	15.565.200	17.391.200	19.269.200

Fuente: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Mayo 2011.

El equipo evaluador considera que el costo promedio mensual del recurso humano asignado a las USF es adecuado, tomando en cuenta que la gran mayoría del personal de salud asignado a la mayoría de las zonas en donde están instaladas las USF debe vivir en la comunidad y dedicarse de manera exclusiva a la atención de la población a la que ha sido asignado.

4.2.3 Costos por Consulta y visitas domiciliarias

Un análisis de costos realizado por la Unidad de Economía de la Salud, de la Dirección General de Planificación, y el consultor César Sanabria, de la Universidad de San Marcos, Lima, Perú, en noviembre del 2010, indicaba que el costo de consultas por paciente adulto en una USF era de Gs.32,050.18, mientras que el costo del paciente pediátrico alcanzaba Gs.48,643.49

Tabla No. 19 Costo Promedio de Visita domiciliar por Agente Comunitario de las Unidades de Salud de la Familia. Noviembre 2010.

Recursos	Unidad de Medida	Cantidad Utilizada	Merma	Q real	Precio del recurso	COSTO RECURSO
Agente Comunitario	Minutos	48	0	48	162.02	7,776.79
Formatos	Unidad	7	0.05	7.05	550.00	3,877.50
Uniforme	Unidad	1		1	66.29	66.29
Movilidad	Moto	1		1	467.17	467.17
Bolígrafo	Unidad	1	0.10	1.1	1,000.00	10.00

Plancheta	Unidad	1	0.05	1.05	12,000.00	9.09
Mochila	Unidad	1		1	13.26	13.26
Combustible	Litro	1		1	445.45	445.45
Costo						12,665.55

Fuente: Sanabria, César.

El costo promedio por visita domiciliaria alcanza Gs. 12,665.55.

El equipo evaluador considera que el costo promedio de las visitas domiciliarias es adecuado tomando en cuenta que en el momento actual el Programa está en las fases iniciales de instalación e implementación de la estrategia, seguramente conforme se vayan ampliando las actividades de prevención y promoción de la salud, se motive una mayor participación comunitaria y se logre un mayor nivel de compromiso de los usuarios, dichos costos deberían producir un mayor número de resultados. En el país no hay estudios previos de costos de mercado de este tipo de servicios ofrecidos por el sector privado, ni de la Seguridad Social, de esa cuenta en el momento actual se hace necesario generar dichos estudios para tener patrones de comparación sobre este tema.

4.2.4 Distribución del Presupuesto por Categoría de Gasto

Tabla No.20. Distribución por categoría de gastos asignados a las Unidades de Salud de la Familia. Años 2009-2010

Año	Total asignado	Categoría de gastos	% de lo asignado
2009	35.616.050.000	Personal	69 %
		Bienes	6 %
		Servicios de consumo	15 %
		Inversión	10 %
2010	105.761.753.474	Personal	61 %
		Bienes	15 %
		Servicios de consumo	13 %
		Inversión	11%

Fuente: DGAPS, administración. Abril del 2011

Al analizar la distribución del gasto presupuestario para los años 2009-2010, vemos que efectivamente el presupuesto se invierte en el pago del personal sanitario (69% vrs. 61%). Hacia el 2010 hubo una mayor inversión en bienes, pasando de 6% del 2009 a 15% en el 2010, lo que seguramente tiene que ver con los equipamientos de las instalaciones sanitarias. A nivel de inversión el porcentaje se mantiene entre un 10 a 11%.

Como se mencionó anteriormente (ver tabla No.14) para diciembre del 2009, el sistema habría logrado producir un total de 751.800 consultas; para diciembre del 2010, el sistema según cálculos estimados lograría producir 2.112.600 consultas, lo que significaría una consulta por persona miembro de la población objetivo.

4.3. Economía

4.3.1. Ejecución presupuestaria del Programa

Tabla N° 21 Ejecución presupuestaria de las USF con relación al Presupuesto general de la Nación

Año	Presupuesto General de la Nación (PGN)	Ejecución	% de Ejecución
2009	33.398.403.056.208	24.273.599.303	0.072%
2010	35.498.806.285.173	116.330.079.580	0.32%

Fuente: Ley general del presupuesto. Ley 3693 del 13 de enero 2009; y Ley 3964 del 20 de enero del 2010.

Como podemos ver, el gobierno central ha mostrado voluntad política e interés en extender el Programa de las Unidades de Salud de la Familia, ampliando la asignación presupuestaria de un 0.072% a un 0.32%. Estas decisiones están sustentadas en buena medida en el conocimiento que se tiene que la Atención Primaria de la Salud es la Estrategia fundamental que debe seguirse para lograr no sólo la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, sino también para tener un impacto importante en los condicionantes y determinantes de la salud en general.

Debe reconocerse además el enorme esfuerzo que han realizado las autoridades de la DGAPS para realizar cabildeos y negociaciones orientadas a conseguir que la estrategia APS tenga un impulso en el país. De esa cuenta, es de reconocer que el Programa ahora existe como parte de las metas emblemáticas que el gobierno de Fernando Lugo se propone alcanzar.

4.3.2 Análisis sobre Plan financiero inicial y final 2009-2010

Como puede verse en la siguiente tabla el plan financiero inicial para el año 2009 fue de Gs. 34.943.570.000 (Guaraníes treinta y cuatro mil novecientos cuarenta y tres millones quinientos setenta mil). El plan financiero final fue de Gs. 28.335.822.706 (Guaraníes veintiocho mil trescientos treinta y cinco millones ochocientos veintidós mil setecientos seis). Si comparamos el plan financiero inicial con el plan financiero final vemos que hubo una reducción de 14.34%.

Tabla No.22 Plan financiero inicial y final y porcentaje de ejecución presupuestaria de la Dirección General de Atención Primaria de Salud

Años	Plan financiero Inicial	Plan financiero final	Ejecución	% (Ejec./Plan financiero inicial)	% (Ejec./Plan financiero final)
2009	34.943.570.000	28.335.822.706	24.273.599.303	69.46%	85.66%
2010	104.672.887.101	124.847.340.821	116.330.079.580	111.13%	93.17%

Fuente: DGAPS, administración. Abril del 2011

La ejecución presupuestaria para el año 2009 mostró un porcentaje de un 69.46% con relación al plan financiero inicial y un 85.66% con relación al plan financiero final.

Con lo que respecta al año 2010, el plan financiero inicial fue de Gs.104.672.887.101 (Guaraníes ciento cuatro mil seiscientos setentidos millones ochocientos ochentisiete mil ciento uno). El plan financiero final fue de Gs. 124.847.340.821 (Guaraníes ciento veinticuatro mil ochocientos cuarentisiete millones trescientos cuarenta mil ochocientos veintiuno). Si comparamos el plan financiero inicial con el plan financiero final vemos que hubo un incremento importante en un 19.27%.

La ejecución presupuestaria para el año 2010 mostró un porcentaje de 111.13% con relación al plan financiero inicial y un 93.17% con relación plan financiero final.

Esto significa que entre el año 2009 al año 2010, el crecimiento del presupuesto de la Dirección General de Atención Primaria en Salud mostró un cambio favorable pasando de una reducción del 14.34% del año 2009, a un incremento en un 19.27 en el año 2010. Esto se debe fundamentalmente a la instalación de un mayor número de Unidades de Salud de la Familia.

4.3.3 Ejecución presupuestaria trimestral 2009-2010

Tabla No.23 Ejecución presupuestaria trimestral del Programa Unidades de Salud de la Familia. Año 2 009-2010.

	Ejecución Trimestral				
Años	1er trimestre	2do.Trimestre	3er Trimestre	4to.Trimestre	Total
2009	546,839,200	1,347,530,667	6,837,721,675	15,541,507,761	24,273,599,303
2010	16,246,661,878	26,012,901,328	26,537,208,559	47,533,307,815	116,330,079,580

Fuente: DGAPS, administración. Mayo 2011

En la tabla anterior podemos darnos cuenta que es hacia el 4to trimestre del año cuando se realizan la mayor parte de las inversiones del Programa USF. Esta cifra se corresponde con un 64% en el año 2009, y un 40% en el año 2010.

Esta situación genera una fuerte presión sobre el Programa hacia fines de año al acumular una serie de acciones que deben realizarse para la instalación de las USF. En la práctica, tal como vimos para el año 2009, 78 USF fueron instaladas hacia el segundo semestre (de un total de 166 USF instaladas en el año); y para el año 2010, 227 USF fueron instaladas en el segundo semestre y mayoritariamente hacia el último trimestre, con relación a 97 USF que habían sido instaladas en el primer semestre.

Según indicaciones de personeros de la DGAPS, sí bien se ha intentado tener una planificación presupuestaria adecuada y poder programar con anticipación el número de USF que se deben instalar por año (¹⁰³), siempre hay que recorrer un camino, tanto externo como interno para lo

¹⁰³ Aquí es importante mencionar que tanto el documento “**Propuesta en Salud. 2008-2013. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con equidad.** Asunción, Paraguay, 2008.; que había contemplado la creación de 1.850 USF para el período 2008-2013; y el Plan **Paraguay para Todos y Todas.** Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020, que contempla la instalación de 1.329 USF para el 2013; habían establecido previamente el número de Unidades de Salud de la Familia que hay que crear, pero el lograr el presupuesto para dichas acciones ha presentado dificultades ante las restricciones presupuestarias que suelen ocurrir en el país.

obtención de los recursos. A nivel externo son las negociaciones que el Ministerio de Salud Pública establece tanto con el Ministerio de Hacienda como con el Parlamento. A nivel interno se debe esperar que la Dirección de Recursos Humanos determine la cantidad de recursos humanos que se podrá contratar para la instalación de las USF y dicha información se entrega recién pasado el primer trimestre del año. También es la dirección de Recursos Humanos la que determina en qué momento del año se realizaran las contrataciones, teniendo en cuenta la disponibilidad presupuestaria, lo que determina que las USF se instalen en diferentes épocas del año, tomando en cuenta que cuanto más tarde se instale una USF menos presupuesto utilizará ese año presupuestario. Esa es una de las razones principales porque la implementación se ve sobrecargada hacia el 4to. trimestre del año.

Esta situación también se ha presentado con relación al rubro 520 (inversión en infraestructura), en donde se depende de la disponibilidad que tenga la Dirección General de Recursos Físicos, que ante el argumento de escasos recursos humanos para atender la demanda tiende a mostrar retrasos en la ejecución de obras. Esto ha llevado también a la contratación de consultores externos para relevamiento y elaboración de proyectos, lo que también conlleva un retraso en la ejecución de las obras.

En el caso de la compra y distribución de medicamentos, dicha labor es realizada por la Dirección General de Insumos Estratégicos, la cual se encarga de la compra y distribución a las regiones sanitarias, quien distribuye los medicamentos, pero a todos los servicios de la región, eso incluye los hospitales regionales, distritales y centros de salud. En varias ocasiones el abastecimiento de medicamentos muestra retrasos hacia las USF, al estar estos servicios en zonas distantes de los centros de distribución.

4.3.4 Distribución Presupuestaria por Actividades

Al comparar la distribución del presupuesto asignado a los componentes entre los años 2009 y 2010, vemos en términos porcentuales que las actividades de prevención tuvieron una inversión mucho menor en el año 2010 que en el año 2009 (el cambio porcentual fue de casi un 17%); de igual manera, las actividades de promoción para el año 2009 tuvieron un porcentaje mayor que para el año 2010 (15% versus 6.0%).

Tabla No.24. Distribución Presupuestaria por componentes. Unidades de Salud de la Familia. Año 2 009.

Actividades	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre	IV Trimestre	Totales	%
Prevención	100.944.576	242.555.520	1.230.789.902	2.797.471.397	4371761395	18.01
Promoción	82.935.684	202.129.600	1.025.658.251	2.331.226.164	3641949699	15.0
Recuperación	276.283.093	687.240.640	3.487.238.054	7.926.168.958	12376930745	51.0%
Urgencias	42.285.509	107.802.453	547.017.734	1.243.320.621	1940426317	8.0%
Administración	44.390.338	107.802.453	547.017.734	1.243.320.621	1942531146	8.0%
Total	546.839.200	1.347.530.666	6.837.721.675	1.243.320.621	24273599302	100.0%

Fuente: DGAPS, administración. Mayo 2011

Tabla No.25. Distribución Presupuestaria por componentes. Unidades de Salud de la Familia. Año 2 010.

Actividades	I Semestre	II Semestre	Totales	%
Prevención	422.595.632	740.705.164	1.163.300.796	1.00%
Promoción	2.535.573.792	4.444.230.982	6.979.804.774	6.0%
Recuperación	38.878.798.150	68.144.875.064	107.023.673.214	92.0%
Urgencias	200.297.816	380.357.582	580.655.398	0.49%
Rectoría	222.297.816	360.347.582	582.645.398	0.50%
Total	42.259.563.206	74.070.516.374	116.330.079.580	100%

Fuente: DGAPS, administración. Mayo 2011

En el caso del componente de Recuperación de la Salud vemos que del presupuesto asignado para el año 2010 se distribuyó un 92% versus un 51% en el año 2009, esto tendría que ver con una mayor cantidad de personal sanitario contratado para este año y que debe cumplir las funciones médicas y de enfermería relacionadas con las consultas clínicas.

4.3.5. Aportes de Terceros

El programa también ha logrado conseguir algunos recursos provenientes de donaciones. Estas donaciones han provenido de la Agencia Internacional, AECID-España, la Organización Panamericana de la Salud-Paraguay y a partir del 2010 la Entidad Binacional de Itaipú.

Para el año 2009 la fuente 30 ocupó un 4.1%; para el año 2010 un 3.3% de donaciones y/u otras instituciones.

4.3.6. Recuperación de Gastos

Bajo el criterio de gratuidad, que ya fue mencionada en una sección anterior, no se cuenta con una política de recuperación de gastos.

5. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

5.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa

El Programa de las Unidades de Salud de la Familia ha sido definido por el gobierno central como uno de los Programas Emblemáticos para el desarrollo del país.

El gobierno central ha mostrado voluntad política e interés en extender el Programa de las Unidades de Salud de la Familia, ampliando la asignación presupuestaria de 35.616.050.000 a 137.797.602.435 del presupuesto asignado a la estrategia; para el año 2011 el incremento se consideraba en un 492% con relación a lo presupuestado en el año 2009. Estas decisiones están sustentadas en buena medida en el conocimiento que se tiene que la Atención Primaria de la Salud es la Estrategia fundamental que debe seguirse para lograr no sólo la ampliación de la cobertura de los Servicios de Salud, sino también para tener un impacto importante en los condicionantes y determinantes de la salud en general.

Para lograr el propósito de ““*Acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios posibilitando el acercamiento de los servicios de salud a las personas con Equipos de Salud de la Familia (médicos, enfermeras y agentes comunitarios) que atienden a la comunidad, buscando lograr el más alto nivel de Salud posible, cimentado en el respeto a los derechos humanos, la equidad y la justicia social*”, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha mantenido un crecimiento progresivo en la instalación y funcionamiento de las Unidades de Salud de la Familia.

El Programa ha logrado desarrollar una serie de nuevas estructuras comenzando por los Equipos de Salud de la Familia, que en la actualidad alcanzan a 503 USF distribuidos a lo largo y ancho del país. Para el funcionamiento de estas Unidades se ha contratado:: 452 Médicos; 498 Licenciados en Enfermería; 491 Auxiliares de enfermería; 345 agentes comunitarios de salud; 45 promotores comunitarios indígenas; 13 coordinadores regionales; 5 odontólogos; una bioquímica, un auxiliar de administración, y una persona de servicios generales.

Esto ha traído consigo un incremento en los niveles de atención de los servicios de salud. Estadísticas recientes muestran que se ha dado un incremento de 57.6% en relación al número de personas atendidas desde agosto de 2008 hasta fines del 2010, asimismo, el número de consultas realizadas experimentó un crecimiento del 63.4%, en igual período (**8.066.744 Consultas realizadas; 3.034.485 Personas** de diversas edades atendidas)⁽¹⁰⁴⁾, cumple con el Objetivo General de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud que implica y se encuentra plenamente justificado por la vigencia de los problemas que aborda.

En lo que se refiere al nivel de compromiso de las autoridades de las Regiones Sanitarias, Gobernaciones y/o municipios, se desarrolla un trabajo conjunto, partiendo del proceso a seguir para la instalación y funcionamiento de las USF. Esto tiende a darle un mayor sustento a la intervención y la apropiación progresiva de la ciudadanía del modelo de Atención Primaria en Salud.

¹⁰⁴ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de Salud 2010. Secretaría Técnica de Planificación. Diciembre 2010. Mimeo. 21 pp.

La presencia actual de Coordinadores de APS en cada Región Sanitaria, favorece los mecanismos de articulación y coordinación con otros actores. Se han desarrollado además una serie de relaciones con actores de otros sectores sociales. Se han creado una serie de Consejos y Subconsejos de salud, pero aún la articulación entre éstos y las USF no se ha desarrollado de manera plena y consistente. Esta es una labor a la que habrá que apostarle en el futuro inmediato.

Si bien, en la actualidad las funciones de los Equipos de Salud de la Familia están claramente establecidos y formalmente regulados dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; es claro que para su buen funcionamiento las Unidades de Salud de la Familia necesitan de otras estructuras y/o niveles de servicio que acompañen y/o apoyen el trabajo que estas realizan.

El establecimiento de las Redes principales como la Red de Atención Ambulatoria o Policlínicos de Especialidades, la Red de Urgencias, la Red de Hospitales, la Red de apoyo diagnóstico; la Red de ambulancias, etc. dichas redes no han sido plenamente desarrolladas, mostrando niveles de atraso que tienen un impacto importante en el trabajo que en conjunto deberían de llevar a cabo con la Red de Atención Primaria en Salud.

Hay también serias limitaciones de información que impiden un adecuado monitoreo y evaluación de los avances o limitaciones del modelo de atención. La falta de estadísticas actualizadas también limita la posibilidad de realizar análisis costo-efectividad de la intervención.

Entre las principales valoraciones de actores externos a la Estrategia que legitiman ante los beneficiarios y establecen credibilidad por parte de actores políticos y sociales, se destacan aquéllas transversales a éstos y a la atención primaria de salud, como el potencial impacto en el crecimiento económico (por mejoras en el rendimiento escolar y laboral); la liberación de recursos para otras iniciativas de salud o sectores sociales por el tratamiento en el nivel primario; la difusión entre familiares y amigos de mejores prácticas de prevención de enfermedades aprendidas por los beneficiarios efectivos (que potencia la capacidad de reducir las enfermedades o atenderlas de manera oportuna y económica); y una creciente sensación en la población de protección y cobertura de la APS.

Las dificultades para dar respuesta a una demanda creciente, contar con profesionales preparados para el abordaje comunitario y encontrar mecanismos de gestión comunitaria que resulten permanentes, unidas a las resistencias propias de los sectores económicos y corporativos se constituyen en barreras necesarias de gestionar para garantizar la sostenibilidad de la propuesta¹⁰⁵.

Sin embargo, el apoyo comunitario, los niveles de satisfacción que los usuarios de los servicios van manifestando, y los resultados que las USF vayan mostrando, darán prueba de que el modelo es sostenible.

¹⁰⁵ Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay. Op.cit

6. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD

6.1 Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Justificación de la Continuidad del Programa

En sus recomendaciones el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas planteaba al Paraguay en el 2007(¹⁰⁶) la adopción de una política global de salud que permita garantizar el acceso de las poblaciones más pobres a una atención primaria de la Salud. Los elementos esenciales para ejercer el Derecho a la Salud son la **disponibilidad**: Se refiere a la existencia de bienes, servicios y centros de atención de la salud, y al desarrollo de programas de promoción y prevención en salud; la **accesibilidad**: teniendo en cuenta la garantía de no discriminación en el acceso; la accesibilidad física y geográfica de los establecimientos y bienes de salud; accesibilidad económica (asequibilidad), que apunta a que los establecimientos, bienes y servicios de salud, **aceptabilidad**: Se refiere a la adecuación de los planes y sistemas a las condiciones socio -culturales de la población, así como al respeto a la ética médica, la perspectiva de género y el ciclo de vida en todos los componentes de las políticas de salud; la **calidad**: Que incluye servicios de calidad, tanto desde el punto de vista médico y de salud pública, como en cuanto a la cualificación del personal médico y la calidad de medicamentos y equipo hospitalario, así como de las intervenciones en materia sanitaria (¹⁰⁷).

La APS constituye una estrategia a través de la cual es posible influir sobre los determinantes de la salud, trabajar intersectorialmente, coordinar las acciones entre los distintos niveles del sistema y garantizar la participación comunitaria con la finalidad de contribuir a la equidad en salud y al acceso universal a servicios de calidad¹⁰⁸.

Teniendo en cuenta que la Estrategia de Atención Primaria en Salud se basa en la atención centrada en lo Promocional y preventivo con enfoque de derechos, como plantea el nuevo modelo de Salud, atendiendo a que el 80% de los problemas de salud necesita de una atención básica y el 15% de las enfermedades son prevenibles.

Los principales desafíos que ha enfrentado la Estrategia en los aproximadamente 3 años de su implementación, están vinculados con la necesidad de mejorar las condiciones de accesibilidad de la población beneficiada, la calidad técnica, la coordinación de acciones con otros niveles de atención, la capacidad resolutiva del primer nivel y la gama de servicios ofrecidos. La estrategia para hacer frente a estos desafíos ha sido el fortalecimiento de la atención preventiva y el grado de resolutividad del primer nivel, así como la coordinación de la atención entre los diferentes niveles. La APS en este escenario es considerada como una estrategia del primer nivel de atención a través de la cual es posible articular niveles de atención mediante un modelo de medicina familiar orientado a resolver y prevenir problemas de salud entre los afiliados.

En relación a la factibilidad de que el programa siga funcionando y cumpliendo de manera adecuada sus objetivos, dadas las condiciones actuales de operación, en términos de los factores

¹⁰⁶ Organización de Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. **Recomendaciones dadas al Paraguay, 39.^º período de sesiones**, Ginebra, 5 a 23 de noviembre de 2007, Naciones Unidas.

¹⁰⁷ *Idem*, Obs. Gral. No.14/00, Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 12

¹⁰⁸ La visión propuesta por los expertos constituye una adaptación de la visión de la APS explicitada en OPS/OMS, 2007/6

antes mencionados, se dan cuenta de la instalación de las 503 unidades de APS con sus USF y la gratuidad de los servicios son medidas que sin lugar a dudas apuntan a ir gradualmente reduciendo la brecha de desigualdad social, una de las deudas pendientes que existen en el Paraguay y que se encuentra vinculada al derecho a la salud y a la calidad de vida de la población paraguaya(¹⁰⁹).

El programa ha posibilitado el acceso a los servicios de salud a casi 2.000.000 de personas, de las cuales, al menos 1.000.000 son personas en situación de pobreza o pobreza extrema. A pesar de ello, aún hay regiones y distritos en donde aún no se ha llegado con esta modalidad de intervención.

El déficit de atención y cobertura en salud, sobre todo en el área rural y en poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema, da cuenta de que la implementación de un modelo basado en Atención Primaria en Salud cuente con todas las posibilidades de ser exitoso, sin embargo se requiere de al menos 15 a 20 años para ser desarrollado a plenitud. En todos los componentes de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la asignación por Servicio de Salud en el 2010 está correlacionada con el monto de recursos del año 2009 y/o el total de población de personas atendidas y fichadas en el consultorio, y no necesariamente con variables socioeconómicas, que podrían indicar mayores necesidades de atención de salud.

La APS en este escenario es considerada como una estrategia de organización del sistema de salud tendiente hacia el logro de la equidad en el acceso, la participación comunitaria, la programación local de los servicios y la democratización del sistema de salud y la sociedad.

La estrategia de APS, se encuentra con el desafío de la reconstrucción de un nuevo modelo de atención, las resistencias de la atención tradicional, la curación y la enfermedad y no de la de prevención y promoción en las comunidades, lo que se corresponde con los derechos humanos(¹¹⁰).

El Panel de evaluadores considera que el modelo de intervención que promueven las Unidades de Salud de la Familia, en el corto plazo podrá mostrar el impacto que se tiene en los condicionantes y determinantes de la salud, en la medida en la que se dé el vuelco de un modelo curativo a un modelo de tipo preventivo, como el que se está poniendo en marcha en la actualidad. Se considera que la continuidad del modelo es una necesidad, por lo que se instan a continuar con su expansión y fortalecimiento.

Según la propuesta de política pública realizada por el gobierno de Fernando Lugo para el año 2013 se pretende tener establecidas e instaladas 1.329 USF, lo que permitirá acercar la cobertura al 60% restante de la población del país que todavía no accede a este tipo de servicio. Ello requerirá de la instalación de 826 USF nuevas para este período de tiempo, lo cual significa instalar un promedio de 275 a 300 USF más por cada año hasta llegar al 2013.

¹⁰⁹Ibid.

¹¹⁰ Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay. **Informe 2010, Derechos Humanos en Paraguay;** Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay, Capítulo Paraguayo - Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (Pidhdd), Paris 1031 c/Av. Colón, Asunción – Paraguay.

7. Conclusiones y Recomendaciones de los temas de evaluación

El nuevo modelo de la Política de Salud, objeto de la presente evaluación, apuesta a un Sistema Público Nacional de Salud incluyente al servicio de todos/as, a través de la ampliación de la cobertura y la calidad de los servicios, posibilitando el acercamiento de los Servicios de Salud a las personas. En el periodo evaluado el MSP y BS desarrolló acciones, a través de la Dirección General de Atención Primaria en Salud, que permitió cambios cualitativos y cuantitativos en el Sistema de Salud, iniciando así un proceso que se orienta a pasar de un modelo de atención centrado en hospitales, meramente curativo a un modelo de atención integral que se encuentra cerca de las familias y sus comunidades.

Conclusión No. 1

El Diseño del Programa

El Programa Unidades de Salud de la Familia tiene como objetivo acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, ofreciendo una atención por ciclo de vida que permita manejar de manera integral las causas de fondo de la ausencia sanitaria. Históricamente Paraguay venía arrastrando un déficit de atención y cobertura en salud, sobre todo en el área rural y en poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema.

En el diseño del Programa se definen e identifica la población potencial y la población objetivo. Bajo el principio de universalidad, fue identificada como población potencial a todos/as los habitantes del País. Para precisar a la población objetivo, se dispone de criterios de focalización del IPG (Índice de Priorización Geográfica), así como la existencia en la comunidad de programas dirigidos a grupos vulnerables, dificultades de accesibilidad a los Servicios de Salud, población excluida y asentamientos y/u zonas precarias urbanas.

El Programa ha permitido al Ministerio de Salud Pública iniciar un proceso de reducción progresiva de las brechas existentes, para el cumplimiento del acceso de toda la población al Derecho a la Salud. A través de las Unidades de Salud de la Familia propuestas para la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud, desde agosto de 2008 hasta fines del 2010, se registró un incremento de 57.6% en relación al número de personas atendidas, mientras que el número de consultas realizadas experimentó un crecimiento del 63.4%, en igual período (8.066.744 Consultas realizadas; 3.034.485 Personas de diversas edades atendidas). Finalmente, para el año 2011, alrededor de 2.000.000 de personas acceden a los servicios sanitarios, a través de las Unidades de Salud de la Familia. Y al menos un 50% de la población en situación de pobreza y/o pobreza extrema ha empezado a recibir los beneficios de una atención sanitaria a través de las USF.

El MSP y BS logra cumplir con la meta fijada de instalar 503 USF, en todas las Regiones sanitarias del país, entre los años 2009 y 2010.

El Programa priorizó la instalación de las USF en territorios sociales en condiciones de pobreza y pobreza extrema.

Se recomienda: realizar una evaluación bajo un modelo probabilístico del impacto que las USF van teniendo en las comunidades donde están asentadas. La presente evaluación presenta resultados que podrían ser utilizados a modo de hipótesis a ser resueltas en dicho estudio

Conclusión No. 2

Con relación a la matriz del marco lógico del Programa, la matriz cuenta con descripción del objetivo a nivel del fin. El propósito del programa está asociado al problema o necesidad central que se identificó que es hacer llegar los servicios de salud a la población que históricamente estuvo excluida. El objetivo a nivel del propósito se halla definido y explicita la población sujeta del programa, las familias y sus comunidades. Asimismo, expresa la forma cómo el Programa le beneficiará a las mismas, a través de la ampliación de cobertura y calidad de los servicios.

Si bien, en términos presupuestarios el Programa ha sido concebido con un único componente el cual es: A. Atención Integral a la población en general con diversas dolencias o patologías; en la práctica el programa se desarrolla a nivel de cuatro subcomponentes: 2.1 Actividades de Prevención; 2.2 Actividades de Promoción de Salud; 2.3 Actividades de Recuperación; y 2.4 Actividades de Urgencias y Emergencias.

A criterio de los evaluadores, en estos primeros años de inicio del modelo, también consideramos que hay un quinto componente que sería: el proceso de instalación del modelo, el cual tiene sus actividades propias y que en el año 2010 se definió como Rectoría.

Las actividades son las necesarias para producir los resultados, en función del presupuesto que se asigna para la implementación de las Unidades de Salud de la Familia, así como el porcentaje de personas que se atiende con relación a la población objetivo y potencial; y el número de consultas desarrolladas por las USF.

En conclusión en la **Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico**, existe una coherencia entre la columna de jerarquía de resultados y la columna de supuestos, verificándose la lógica vertical. No existe duplicidad entre los 4 niveles de objetivos. El supuesto indicaba la aprobación de la ampliación presupuestaria como una condición para la implementación de las USF. Aún cuando existen documentos de política pública que respaldaban la instalación de las USF, se ha tenido que invertir un tiempo precioso en diversas negociaciones tanto a nivel del parlamento como a nivel del poder ejecutivo para lograr la ampliación presupuestaria.

En relación a la **Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico**, existen indicadores adecuados pero no suficientes para medir las cuatro dimensiones: eficacia, calidad, eficiencia y economía.

Los indicadores de fin permiten monitorear el programa y evaluar el logro del mismo. Asimismo, los medios de verificación definidos para los indicadores de fin son suficientes y necesarios para brindar información para calcularlos, como también para el monitoreo.

En cuanto a los indicadores que permiten medir la eficacia se definió el porcentaje de Unidades de Salud de la Familia instaladas en poblaciones con hasta 5000 habitantes respecto de lo

planificado en el año, lo que nos permite medir la capacidad real que tiene el Programa para alcanzar los resultados esperados, es decir, promover cambios positivos.

En el caso de indicadores de economía se ha definido el porcentaje del presupuesto ejecutado respecto al plan financiero asignado por año, así como también se han definido sus fórmulas de cálculo.

En término de calidad, el Programa ya considera actividades relacionadas con el monitoreo a la satisfacción de los usuarios. Relacionado con los indicadores de proceso, surge la necesidad de desglosar aún más los indicadores que se presentan, sobre todo los relacionados con la producción de los censos, la devolución a las comunidades, la producción de documentos de Acuerdos y/o Consensos sobre las prioridades en salud; así como los mecanismos que la comunidad implementará para coadyuvar a mejorar los recursos con los que cuentan las USF. Sería importante desarrollar uno o dos indicadores relacionados con el desarrollo de procesos de producción de la estadística local y la transmisión de los mismos por medios electrónicos.

No existen indicadores de eficiencia como por ejemplo el costo por atención, comparado con otros programas similares; así como costo por componentes.

En conclusión, tanto los indicadores de propósito como los de resultados establecidos en la matriz de marco lógico del año 2010, sí bien posibilitan monitorear el programa y evaluar el logro del mismo aún requieren del desarrollo de los otros indicadores mencionados anteriormente, para lograr un monitoreo y evaluación más acabado, por lo que se valida parcialmente la lógica horizontal.

Recomendación:

Desarrollo e incorpore indicadores de eficiencia en el marco lógico, como por ejemplo el costo por atención, comparado con otros programas similares.

También es importante incorporar indicadores de eficacia relacionados con la capacitación del personal en gestión para resultados.

En el ámbito de indicadores de economía desarrolle indicadores relacionados a la inversión en salud que se va realizando por departamentos, a fin de evidenciar el avance de los resultados en áreas de mayor interés para el país.

En término de calidad, el Programa ya considera actividades relacionadas con el monitoreo a la satisfacción de los usuarios.

Faltaría desarrollar indicadores relacionados con la calidad de los servicios sobre todo lo relacionado con la resolución de los problemas priorizados a nivel de los censos comunitarios; el nivel de involucramiento de la población y participación de la misma en la resolución de los problemas de salud, etc. Se requerirán mediciones también relacionadas con el uso apropiado de las capacitaciones recibidas por el personal de salud, etc.

Conclusión no. 3

Organización y gestión del Programa

Estructura Organizacional

En la estructura del MSP y BS, es la Dirección General de Atención Primaria de la Salud es la instancia encargada de la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el país, a través de la implementación de las Unidades de Salud de la Familia (USF) en las 18 Regiones Sanitarias del País.

Según la estructura del MSP y BS la DGAPS, tiene la posibilidad de planificar y coordinar acciones con todas las Direcciones Generales del MSP y BS. Al momento de la evaluación, la DGAPS, disponía de una Dirección General y cuatro direcciones de Educación y Capacitación, Atención a la familia, Gestión y Desarrollo Social y Dirección Administrativa.

Se recomienda: Incluir ya sea dentro del organigrama de la DGAP o de la Dirección General de Planificación, una Dirección de articulación de redes; y una dirección específica de gestión para resultados, ya que en el momento actual, a nivel del Ministerio de Salud hacen falta dichas estructuras para darle viabilidad a una serie de iniciativas que deberán ser desarrolladas a nivel de las Regiones Sanitarias. Ambas instancias deberían estar integradas por un equipo pequeño de profesionales responsables de que las mismas cumplan con sus objetivos. La Dirección de Articulación de Redes posibilitaría un mejor y mayor relacionamiento con otros niveles de servicios del Ministerio de Salud Pública, sobre todo en el ámbito de los centros de especialidades y de urgencias; la articulación la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Insumos Estratégicos, la Dirección de Programas, del sistema de ambulancias; y la red de medios diagnósticos, entre otros. También podrían articular con instituciones externas que ofrecen servicios de salud como el Instituto de Previsión Social, la Sanidad militar, el sector privado, etc.).

La Dirección de Gestión para resultados debería de poder gestionar de manera más adecuada la relación entre inversión social y resultados. Un acompañamiento al fortalecimiento de los equipos regionales en los ámbitos de gestión, monitoreo y evaluación permitirían buscar soluciones a los cuellos de botella que actualmente se presentan en la producción de resultados. Este equipo debería desarrollar las capacitaciones necesarias para movilizar al recurso humano de las USF a la producción de resultados y articular acciones con la Dirección General de Información Estratégica en Salud. Por cada USF deberían de poder medirse diversas metas e indicadores tanto en la producción de resultados, en la gestión, en la calidad de los servicios, como en la eficiencia y eficacia de los mismos

Conclusión No. 4

Gestión y coordinación con programas relacionados

La Estructura organizativa define que a nivel de las RS, la DGAP articula con la Dirección Regional de APS, sin embargo el traslado de funciones desde el nivel central al nivel regional, presenta desniveles, dependiendo de los grados de apropiación que se realizan a nivel de las estructuras de salud de las regiones.

El nivel de liderazgo y compromiso, de los Directores Regionales y/o coordinadores de la APS a nivel regional, con el nuevo modelo de atención determinan aspectos relacionados con los niveles de coordinación entre los Directores Regionales y los equipos de USF instados en las Regiones Sanitarias, así como la integración transversal o no de la estrategia a todos los programas del MSP y BS.

Finalmente cabe destacar que, al momento de la evaluación no se dispone de herramientas que permitan realizar el seguimiento y monitoreo del desempeño del recurso humano contratado a nivel Central por el Programa, pero que pasan a depender y a realizar sus acciones como parte de las Regiones Sanitarias.

Recomendación: Hace falta definir mecanismos de coordinación más fluidos y de manera periódica entre los directores regionales y los equipos de USF existentes en las regiones; de la misma manera, a nivel central deberán definirse encuentros periódicos o talleres entre las autoridades a nivel central, los encargados regionales y los directores regionales

En relación al seguimiento, evaluación de los niveles de desempeño del personal contratado que trabaja en las USF's y el fortalecimiento continuo de los equipos de salud de la familia sobre todo en el ámbito de la gestión para resultados, son temas que deberán de analizarse y definir acciones a nivel regional en coordinación con el nivel central.

Conclusión No. 5

Mecanismos de participación ciudadana

Los mecanismos de participación ciudadana se vieron fortalecidos en varios distritos por la creación de los Consejos Locales de Salud y en algunos casos, los Sub Consejos Locales de Salud (que no son propiciados por el Ministerio de Salud y Bienestar Social sino por Proyectos locales de desarrollo de ONGs locales), los reportes indican que para el año 2010: fueron habilitados 174 Consejos Locales de Salud, recibiendo fondos de equidad, en las 18 Regiones Sanitarias; lo que significaba que el 73% de *Municipios* del país contaban con Consejos Locales de Salud.

En las visitas de Evaluación, los pobladores resaltan que las visitas domiciliarias realizadas por el Equipo de Salud de la Familia, y más que nada del médico, es un aspecto muy importante pues influyó para que los mismos tengan confianza en el equipo, generando adherencia al tratamiento y predisposición favorable para volver a las consultas de controles.

Se puede destacar que el modelo de APS indica que la participación ciudadana es un elemento de primer orden, por lo que define e impulsa al menos tres procesos diferenciados de participación comunitaria: i. Consejos Locales de Salud; ii. Como usuarios del servicio de salud; iii. Acciones preventivas en salud. En el marco de implementación del Programa se han impulsado y realizado

acciones para lograr la participación ciudadana en los tres ámbitos. En la evaluación se hace resalta el aporte de la presencia de los/as Agentes Comunitarios de Salud, en la medida que los mismos permiten llegar de mejor manera a la población adscripta, y logra una participación más activa de las actividades de los ESF, además se logra un mejor control del cuidado de la salud de la población, las visitas mensuales a todas las familias, logra reunir en actividades comunitarias, mingas ambientales, formación de clubes por patologías, y grupo etario con el fin de lograr la prevención y promoción de la salud.

Se recomienda: que el MSP y BS, y la Dirección General de APS continúe desarrollando una estrategia que le permita una mayor incidencia en los tomadores de decisión para lograr las ampliaciones presupuestarias que les permitan cubrir el déficit de ACS, así como continuar las gestiones iniciadas con las binacionales (Itaipú y Yacyretá), en la medida que la experiencia ha demostrado que la presencia de agentes comunitarios, ha permitido una mayor participación ciudadana en todos los niveles considerados por la estrategia de APS.

Conclusión No. 6

Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes

Con la instalación de las 503 USF, el MSP y BS ha logrado ampliar su cobertura de salud, al lograr ampliar el rango de cobertura, para finales del 2010, entre 1.760.500 a 2.515.000 personas. A través de los criterios de focalización y mecanismos de selección de beneficiarios del Programa, se expandió de manera progresiva la implementación de las USF, desde 13 USF en el año 2008, 166 Unidades en el año 2009, y 324 Unidades en el año 2010. En el proceso de instalación se fueron priorizando los departamentos, distritos y zonas más pobres del país.

En la selección de las comunidades en donde se van instalando las USF se han seguido los criterios de:

- ✓ Identificación de las comunidades que cumplen los requisitos de población, necesidad, y disponibilidad de recursos locales.
- ✓ El índice de Priorización Geográfica (IPG)
- ✓ Población excluida, sean estas poblaciones Indígenas o las viven en asentamientos, y barrios marginados de las zonas urbanas
- ✓ Dificultades de accesibilidad a los servicios de salud, de la población.
- ✓ Disponibilidad de infraestructura de salud mínima necesaria.
- ✓ Organización social de apoyo.
- ✓ Posibilidad de establecer las redes de atención y tener cobertura territorial.
- ✓ Apoyo de autoridades locales, regionales y sociales
- ✓ Existencia de otros programas enfocados a grupos vulnerables, dentro del principio de Equidad.
- ✓ Comunidades con posibilidad de intervención integral en articulación con otras instituciones u organismos de cooperación nacional o internacional.

Pero hoy en día tanto la población objetivo como la población potencial vienen a ser básicamente las mismas en tanto que la instalación de las USF debe responder al total de la población en donde se asienta.

Recomendación

Realice estudios y análisis específicos sobre el funcionamiento de las USF en territorios de pobreza y extrema pobreza; y el impacto que las mismas van teniendo en la reducción de los condicionantes y determinantes sociales de la salud.

Conclusión No. 7

Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

Los criterios de asignación de recursos desarrollados en el marco del Programa son los adecuados. Han estado orientados a llegar a las poblaciones más pobres y marginadas del país. Tanto en término de recursos humanos como de recursos financieros se ha logrado un avance importante a través de la instalación de las USF's.

Recomendación: Es importante que se establezcan criterios diferenciados de asignación de recursos, hacia USF que están en regiones muy distantes y de difícil acceso. Sobre todo a nivel de los departamentos del Chaco, la Dirección General de APS deberá determinar otro tipo de criterios de medición, a la par de incentivos que coadyuven a sostener el rendimiento del personal sanitario ubicado en dichas regiones sanitarias.

Conclusión No. 8

Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable

Los procesos de seguimiento y evaluación que deben generar las regiones sanitarias, así como el equipo central están en una etapa muy temprana. La Dirección General de Atención Primaria de Salud aún no cuenta con una unidad o instancia de monitoreo y evaluación que le permita hacer un seguimiento periódico al rendimiento de cada una de las USF. Si bien bajo la Dirección General de Planificación existe una dirección de monitoreo y evaluación, la misma es pequeña tanto en recursos humanos como en recursos financieros y no ha acompañado a las USF en esta labor. Tampoco a nivel regional existen equipos de monitoreo que permitan un seguimiento periódico a las acciones de las USF. De la misma manera la Dirección General de Información Estratégica en Salud (DGIES) aún no provee de manera regular a la Dirección General de APS los datos sobre servicios prestados.

Recomendaciones: Desarrollar y/o fortalecer una política de monitoreo y evaluación a nivel de las Regiones Sanitarias que favorezca un mejor y mayor control de la productividad de las Unidades de Salud de la Familia. Sería importante, además, desarrollar uno o dos indicadores relacionados con el desarrollo de procesos de producción de la estadística local y la transmisión de los mismos por medios electrónicos

Por otro lado se **recomienda** fortalecer los sistemas de información de las USF, favoreciendo la dotación de equipo informático y conectividad para las mismas a fin de que puedan transmitir la información estadística que las mismas generan. Así mismo, se hace necesario una revisión importante del sistema de información estadístico del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, con la finalidad de que pueda llegar a producir la estadística en salud en tiempo y forma.

Conclusión No. 9

Eficacia y calidad del programa

Los datos proveídos por el MSP y BS, a través de la DGAPS, para la presente evaluación indican que, entre el 2008 y el 2010, en varias regiones sanitarias se dio un crecimiento sostenido en el número de personas cubiertas por las USF y en la cantidad de consultas registradas. También reflejan un mayor nivel de actividades de prevención, de promoción, de recuperación de la salud y de urgencias. Sin embargo hay que destacar que los componentes en cuanto a su calidad técnica y el logro de metas han sido un tanto difíciles de medir, porque los mismos aún no habían sido procesados.

Recomendación: Es importante avanzar en la identificación de estrategias que permitan acompañar el nivel de desempeño del Programa a nivel local y regional, para esto es importante el desarrollo de indicadores relacionados con la calidad de los servicios brindados, también es importante, sobre todo en lo relacionado con la resolución de los problemas priorizados a partir de los censos comunitarios; el nivel de involucramiento de la población y participación de la misma en la resolución de los problemas de salud, etc. Se requerirán también mediciones relacionadas con el uso apropiado de las capacitaciones recibidas por el personal de salud, etc.

Conclusión No. 10

Recursos Financieros

El Programa de APS se sustenta principalmente con recursos propios del Estado (más del 95% de los recursos provienen de F10). En los últimos 3 años se pudo ver un crecimiento porcentual sostenido, en el presupuesto asignado por el MSP y BS para la implementación del Programa relacionado con la Atención Primaria en Salud. En cuanto a la ejecución del presupuesto disponible, se puede indicar que se da una mayor utilización de los recursos conforme el Programa de Atención Primaria de la Salud se va estableciendo y se van implementando las Unidades de Salud de la Familia; también cabe señalar que es hacia el cuarto semestre del año cuando se realiza la mayor parte de las inversiones de la DGAPS.

No existe una política de recuperación de gastos.

Recomendación: Es necesario agilizar la ejecución presupuestaria en el Programa USF desde los inicios de año, a fin de no sobrecargar al Programa en el último trimestre del año. Una revisión y corrección de los cuellos de botella en este ámbito, podría favorecer una mayor efectividad en la intervención.

Se deben discutir e identificar estrategias que permitan una recuperación del gasto.

Conclusión No. 11

Sostenibilidad del Programa

El Programa de las Unidades de Salud de la Familia ha sido definido por el gobierno central como uno de los Programas Emblemáticos para el desarrollo del país. Para ello ha ido aumentando su asignación presupuestaria, como muestra de voluntad política e interés en extender el Programa de las Unidades de Salud de la Familia. En lo que se refiere al nivel de compromiso de las autoridades de las Regiones Sanitarias, Gobernaciones y/o municipios, se desarrolla un trabajo conjunto, partiendo del proceso a seguir para la instalación y funcionamiento de las USF. Esto tiende a darle un mayor sustento a la intervención y la apropiación progresiva de la ciudadanía del modelo de Atención Primaria en Salud. La presencia de Coordinadores de APS en cada RS, favorece los mecanismos de articulación y coordinación con otros actores.

Lo anterior, sumado al apoyo comunitario, los niveles de satisfacción que los usuarios de los servicios van manifestando, y los resultados que las USF vayan mostrando, darán prueba de que el modelo es sostenible.

Entre las limitaciones que pueden incidir en la sostenibilidad, se pueden mencionar: i. las redes de Atención Ambulatoria o Policlínicos de Especialidades, la Red de Urgencias, la Red de Hospitales, la Red de apoyo diagnóstico; la Red de ambulancias, etc, que no han sido plenamente desarrolladas, lo que ha incidido el trabajo que en conjunto deberían de llevar a cabo con la Red de Atención Primaria en Salud y consecuentemente en el impacto de la misma; ii. Las limitaciones de información que impiden un adecuado monitoreo y evaluación de los avances o limitaciones del modelo de atención. La falta de estadísticas actualizadas también limita la posibilidad de realizar análisis costo-efectividad de la intervención.

Recomendaciones: Disponer de un Sistema Estadístico más efectivo y rápido en cuanto a la productividad, a través de la instancia pertinente DGIES, podría mejorar las instancias de intervención y acceso a los centros de decisión además de compartir experiencias significativas.

Finalmente, es importante que la DGAP, gestione estrategias que permitan enfrentar las dificultades y desafíos que produce la implementación de un nuevo modelo de salud, con las características de APS. Se debe definir cómo dar respuesta a una demanda creciente, disponer de profesionales preparados para el abordaje comunitario y encontrar mecanismos de gestión comunitaria que resulten permanentes, y enfrentar a las resistencias propias de los sectores económicos y corporativos que se constituyen en barreras necesarias de gestionar para garantizar la sostenibilidad de la propuesta.

8. Bibliografía

Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID)-Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Perfil de los Sistemas de Salud: Paraguay. Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma.** Washington, D.C. OPS. 3era. Edición. Pp. 80.

Alianza Patriótica para el Cambio. **Propuesta en Salud. 2008-2013. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con equidad.** Asunción, Paraguay, 2008. Mimeo. 32 pp

Banco Mundial. Departamento de Desarrollo Humano. Región de América Latina y el Caribe. **Prestación de Servicios de Salud en Paraguay. Una evaluación de la calidad de la atención, y las políticas de recursos humanos y de aranceles para los usuarios.** Mayo 24, 2005.

Bazzano, Margarita.-Navarro, María Esther Navarro. **Actividades programáticas para los equipos de salud de la familia.** Documento de Trabajo. Dirección General de Programas de Salud. Mimeo.

Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay. **Informe 2010, Derechos Humanos en Paraguay;** Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay, Capítulo Paraguayo - Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (Pidhdd), Paris 1031 c/Av. Colón, Asunción – Paraguay.

D'Avila Viana, Ana Luiza-Dal Poz Mario Roberto. Reforma em Saúde No Brasil. Programa de Saúde da Família; Informe Final. Universidade Do Estado Do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. Série Esutdos em Saúde Coletiva. No. 166. Outubro 1998.

Decidamos-Campaña por la expresión ciudadana. **Evaluación del proceso de instalación del modelo de Atención Primaria en Salud en 30 Unidades de Salud de la Familia (USF) en 4 departamentos del país.** Asunción, Octubre-Diciembre 2010. 23 pp.

Gobierno de la República del Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Misión y Visión. En: www.mspbs.gov.py/v2/paginas.php?id=2 consultado el 4 de marzo del 2011.

Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Gabinete Social. Propuesta para el desarrollo socio-económico con equidad, igualdad y universalidad. **Paraguay para Todos y Todas.** Propuesta de Política Pública para el Desarrollo Social 2010-2020. 1era. Edición. 2010. 128 pp..

Gobierno de la República del Paraguay. Secretaría de Acción Social- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y al Desigualdad. "Jahapo'o Teko Asy".** Asunción, Noviembre, 2003.

Gobierno de la República del Paraguay. Equipo Económico Nacional. **Plan Estratégico Económico y Social –PEES- 2008-2013.** Propuestas para un crecimiento económico con inclusión social en Paraguay. Paraguay, 2008. Pp.138.

Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. **Segundo Informe al Congreso Nacional. Período 2009-2010.** Julio 2010.

Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Paraguay: Proyección de la Población Nacional por sexo y edad. 2000-2050. Asunción, Paraguay, Diciembre 2005. Pp. 119.

Gobierno de la República del Paraguay. Presidencia de la República. Secretaría Técnica de Planificación del Desarrollo Económico y Social (STP) - Secretaría General de la Presidencia **Informe 2009. Gobierno Nacional.** Julio 2009. 87 pp.

Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Compendio Estadístico 2009.** Capítulo 2. Sección Demografía. Asunción, Paraguay, febrero 2011.

Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Encuesta de Hogares Indígenas 2008.** Asunción, Paraguay, Agosto 2008.

Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Estadísticas Recientes sobre Pobreza. Encuesta Permanente de Hogares 2007.** Asunción, Paraguay, Agosto, 2008.

Gobierno de la República del Paraguay. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. **Boletín Pobreza. Mejora de la metodología de medición de pobreza en Paraguay. Resultados 1997-2008.** 21 Nov. 2009. Pp.23.

Gobierno de la República del Paraguay. Poder Legislativo. **Ley general del presupuesto.** Ley 3693 del 13 de enero 2009

Gobierno de la República del Paraguay. Poder Legislativo. **Ley general del presupuesto.** Ley 3964 del 20 de enero del 2010.

Jiménez Paneque, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana de Salud Pública v.30 n.1 Ciudad de la Habana, Enero-marzo 2004. Versión On line. En: http://scielo.sld.cu/scilo.php?pid=20864-34662004000100004&script=sci_arttext. Consultado el 13 de abril del 2011.

Lachi, Marcelo: **Sistematización de Actividades y Resultados del programa Escuela Viva y estudio de campo a fin de evaluar los efectos en términos de cambio en los enfoques y actitudes de la educación pública, obtenidos en las Escuelas Rurales de dicho programa.** Informe preliminar de Actividades para Estudio de Campo. Abril 2006; Informe Preliminar, Diciembre 2006. Informe final, Julio 2007.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Creación de la Dirección General de Atención Primaria de Salud (DGAPS). Resolución S.G. No.101/2008, 17 de septiembre de 2008.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Aprobación de las “Políticas Públicas para la calidad de vida y salud con equidad 2008-2013”. Resolución S.G. No. 131/2008. 26 de septiembre de 2008.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Planificación-Dirección General de Atención Primaria de Salud. Programación Estratégica Institucional. 2009-2013. Asunción, julio 2010. 17 pp.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Unidades de Salud de la Familia (USF). Ficha de Antecedente del Programa. Febrero 2011. Mimeo.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria en Salud. **Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia.** Julio 2009. 20 pp.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Atención Primaria en Salud. Voces de la Gente. Boletín Especial. Atención de Calidad en la Comunidad. Atención Primaria en Salud. Asunción, sin fecha. Página 4

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Planificación-Dirección General de Atención Primaria de Salud. Programación Estratégica Institucional. 2009-2013. Asunción, julio 2010. 17 pp.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Unidades de Salud de la Familia (USF). Ficha de Antecedentes del Programa. Febrero 2011. Mimeo.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria en Salud. **Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia.** Julio 2009. 20 pp.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección general de Atención Primaria en Salud. Voces de la Gente. Boletín Especial. Atención de Calidad en la Comunidad. Atención Primaria en Salud. Asunción, sin fecha. Página 4

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Informe de Evaluación y Control resumido. Año 2010. mimeo;

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Ficha Técnica Ejercicio Fiscal 2010. Mimeo. 4pp.;

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Atención Primaria de Salud. Ficha Técnica Ejercicio Fiscal 2011. Mimeo. 4pp.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Dirección General de Planificación y Evaluación.- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). **Financiamiento y Gasto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social por Función.** Asunción, Paraguay, Diciembre 2007. 135 pp.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Informe de Salud 2010. Secretaría Técnica de Planificación. Diciembre 2010. Mimeo. 21 pp.

Ministerio de Educación y Cultura. **Manual de Implementación Escuela Rural** .Mimeo. 61 pgs.

Miryan Caballero, Verónica Denis, Milciades Flecha, Carmen Gómez, Cristina Guillén, Rogelio Ibañez y Marcial Samudio. **Evaluación del Programa Emblemático: Unidades de Salud de la Familia del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.** Informe Final. Ministerio de Hacienda-Gabinete Social-Presidencia de la República. Proyecto Evaluación de programas gubernamentales “Evaluamos para mejorar la calidad de la gestión pública”. Diciembre 2010. 42 pp.

Moliner, Lila y Ocáriz, Luisa. Campaña Desarmemos el Presupuesto para el Presupuesto General de la Nación 2011 en el área de salud. Estudio técnico realizado a: Decidamos Campaña para la Expresión Ciudadana. Asunción, Paraguay,. Agosto 2010. 33 pp.

Red Interagencial de Informaciones para la Salud (RIPSA). Indicadores básico para la salud en Brasil: conceptos y aplicaciones. Organización Panamericana de la Salud –OPS- Brasilia, 2009. 349 pp.

Silva, Marcus Tolentino. Sistema Unico de Salud: La experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. Rev Perú Med Ex Salud Pública. No. 26(2), 1ño 2009. Pp. 251-257.

Sosa, Zulma. **El uso de los indicadores de NBI en los programas de lucha contra la pobreza en Paraguay.** Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. CELADE/CEPAL-CEA/CEPAL-UNFPA. Junio 2010. 27 pp.

Sociedad de Estudios Rurales y Cultura Popular –SER. **Informe Final. Monitoreo Lote 1: Puesta en funcionamiento de las Unidades de Salud Familiar.** Monitoreo de las actividades desarrolladas en el marco del “Programa de lucha focalizada contra la pobreza”.1 Convenio ALAS/2006/018-053. Unión Europea. Marzo 2010. 159 pp.

UNFPA-Secretaría de la Mujer. III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 2008-2017, Asunción, Junio 2008. 67 pp.

Anexo # 1 Matriz de evaluación

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL						
Programa 1	ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS)						
Subprograma	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2009	Estimado 2010	Meta 2011	Medios de Verificación (1)	Supuestos (2)
• Programa 1 Subprograma 22 APS - Medicina Familiar Unidad de Salud de la Familia (USF).	<u>Economía/Proceso</u> Porcentaje del presupuesto ejecutado respecto al plan financiero asignado en el año t.	(Presupuesto ejecutado en el año t/ Recursos incorporados en el plan financiero en enero del año t)*100	85,66% (24.273.599.303/ 28.335.822.706) *100	87,49% (85.967.555.073/ 98.248.634.369) *100 (*)	90,00% (153.613.537.750/ 170.613.537.750) *100 (**)	SIAF – Sistema Integrado de Administración Financiera. MODULO SICO (Sistema de contabilidad)	
• Programa 1 Subprograma 22 APS - Medicina Familiar Unidad de Salud de la Familia (USF).	<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de Unidades de Salud de la Familia instaladas ¹¹¹ en poblaciones con hasta 5000 habitantes respecto de lo planificado en el año t	(Número total de Unidades de Salud de la Familia instaladas en poblaciones con hasta 5000 habitantes en el año t/ Número total de Unidades de Salud de la Familia planificadas en poblaciones con hasta 5000 habitantes para el año t)*100	110,67% (166/150)*100	100,00% (321/321)*100	85,00% (170/200)*100	Base de Datos del Departamento de Bioestadística del MSPyBS	Retrasos en construcciones o ampliaciones por inclemencias climáticas Que no exista una crisis de sanitaria que afecte la distribución de medicamentos

¹¹¹ Se entiende por Unidad de Salud de la Familia instalada cuando los servicios de salud cuenta con un equipo de salud de la familia conformado por un médico, una licenciada, un auxiliar de enfermería y con equipamiento y medicamento de acuerdo al listado básico e infraestructura mejorada, ampliada o nueva.

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL						
• Programa 1 Subprograma 22 APS - Medicina Familiar Unidad de Salud de la Familia (USF).	<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de personas atendidas ¹¹² en poblaciones con hasta 5000 habitantes con USF funcionando ¹¹³ respecto del total personas atendidas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t	(Número de personas atendidas en poblaciones con hasta 5000 habitantes donde estén funcionando las USF en el año t / Número total de personas atendidas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t)*100	11,61% (294.578/ 2.535.568)*100	27,65% (869.226/ 3.143.213)*100	37,83% (1.188.959 / 3.143.213)*100	Bases de datos de las USF, Departamento de Bioestadística Regional y Nacional. MSP-BS.	Inaccesibilidad geográfica.
• Programa 1 Subprograma 22 APS - Medicina Familiar Unidad de Salud de la Familia (USF).	<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de consultas realizadas en poblaciones con hasta 5000 habitantes y con USF funcionando respecto del total personas atendidas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t	(Número de consultas en poblaciones con hasta 5000 habitantes donde estén funcionando USF en el año t / Número total de consultas realizadas en toda la red de servicios del MSPBS en el año t)*100	18,19% (1.248.317/ 6.862.278)*100	38,54% (3.486.920/ 9.047.426)*100	39,17% (4.672.473/ 11.928.390)*100	Bases de datos de las USF, Departamento de Bioestadística Regional y Nacional. MSP-BS.	Inaccesibilidad geográfica.

(1): Medio de Verificación corresponde a la información requerida para la medición de los indicadores se obtiene a través de instrumentos de recolección de los datos disponibles (encuestas, fichas, registros, otros). Estos datos son almacenados en bases de datos u otros instrumentos y transformados en información a través de mecanismos de sistematización tales como informes consolidados, reportes, agregación de datos (sub totales por región, por mes, por producto, etc. o cuadros resúmenes). Estos últimos son los denominados medios de verificación, ya que permiten verificar los valores informados en cada operado (numerador y denominador) del indicador y no sólo el valor final. Si no hay sistematización de datos no es posible comprobar la información entregada en la fórmula del respectivo indicador.

(2): Corresponde a los supuestos sobre los cuales está formulada la meta, entendiéndose por ellos aquellos factores externos a la gestión de la institución a cargo del programa, respecto de los cuales no se tiene control y que pueden afectar el cumplimiento de la meta.

(*) El monto estimado por el MSPyBS para el año 2010 es de G. 128.806.317.701 (Ejecución del presupuesto de APS incluida la ampliación Presupuestaria que se encuentra en la Cámara de Senadores para su aprobación, en FF 10 y 30) de manera a mantener las 500 USF en el presente Ejercicio Fiscal.

(**) El monto solicitado por el MSPyBS para el año 2011 es de G. 185.583.793.756 (Anteproyecto del Presupuesto más los montos solicitados al MH como adicional, en FF 10 y 30) de manera a mantener las 500 USF del año 2010 y crecer con 200 USF nuevas para fines del 2011.

¹¹²Se entiende por personas atendidas a todos aquellos habitantes dentro de un territorio social que acuden como nuevos o readmitidos al servicio de salud.

¹¹³Se entiende por Unidades de Salud de la Familia funcionando a la suma de Unidades de Salud de la Familia instaladas en el año t más las instaladas en los años anteriores (t – n).

Anexo # 2 Matriz de Marco Lógico DGAPS 2010

CONCEPTO	ANALISIS ESTRATEGICOS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTO
FINES O RESULTADOS	Mejorar las condiciones de salud y de vida de la población Paraguay	Nº y Porcentaje de Población Captada Tasa de Mortalidad Materna reducida Tasa de Mortalidad Infantil reducida Tasa de MM5 reducida Tasa de hospitalización por neumonías graves Nº de partos institucionalizados % de población en situación de pobreza atendida en los Servicios % de población indígena atendida en los servicios % de mujeres atendidas en los servicios % de personas con discapacidad atendidas en los servicios % de personas de la tercera edad atendidas en los servicios % de satisfacción de los usuarios con los servicios ofrecidos en las USF	Datos de estadísticas vitales del MSP. Datos de las USF Encuesta de Hogares Encuesta de satisfacción de los usuarios de las USF	Implementación del PES- PNDS-Articulación entre sectores e instituciones gubernamentales y sociedad civil efectiva para construir la calidad de vida
OBJETIVOS ESTRATEGICOS	Acercar el sistema de salud a las familias y sus comunidades, a través de ampliar la cobertura y la calidad de los servicios	Nº de personas censadas s/población asignada Nº de personas censadas con Historia Clínica % de población por ciclos de vida atendidos en las USF Nº y % de menores de 1 año con al menos 6 controles anuales de crecimiento y desarrollo según población censada Nº y % de población de menores de 5 años con riesgo de desnutrición detectada y en seguimiento Nº y % de menores de 5 años con esquema de vacunación completo. Nº y % de Embarazadas captadas en el primer trimestre Nº y % de Embarazadas con esquema de vacunación completo Nº y % de Embarazadas con CPN adecuado Nº y % de adultos con HTA detectados, tratados y en seguimiento / Nº y % de adultos mayores con HTA detectados, tratados y en seguimiento Nº y % de adultos con diabetes detectados, tratados y en seguimiento / Nº y % de adultos mayores con diabetes detectados, tratados y en seguimiento /Nº y % de adulto mayor con esquema de vacunación completo	Informe de ejecución presupuestaria. Informe de fiscalización y entrega de obra. Registro Estadísticos del MSPYBS Datos de las USF Registro fotográfico	Ampliación presupuestaria aprobada

CONCEPTO	ANALISIS ESTRATEGICOS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTO
RESULTADO	Expansión y consolidación de estrategia de APS a través de las instalación de las USF	Nº de USF con infraestructura nueva o mejorada, con equipamiento y con ESF completos Nº de médicos/as contratados/as Nº de Licenciados/as en enfermería u obstetricia contratados/as Nº de Auxiliares o técnicos en enfermería contratados/as Nº de agentes comunitarios contratados Nº y % de ESF capacitados en estrategia de APS Nº y % de USF con censo poblacional completado Nº y % de ESF capacitados en gestión para resultados Nº y % de ESF capacitados en la elaboración de Planes estratégicos locales Nº y % de ESF con presentación trimestral de informes de avance de gestión Nº y % de USF con sistemas de información implementados y funcionando Nº y % de ESF capacitados e implementando sistemas de monitoreo y evaluación	Contratos firmados Planilla de sueldos Registros Estadísticos del MSPyBS Datos de las USF Registro fotográfico Memorias y planes de capacitación Documentos de Planes Estratégicos Informes de Monitoreo Sistemas de Información Datos Estadísticos	Ampliación presupuestaria aprobada
	Núcleos de apoyo técnico trabajando apropiadamente a nivel de las Regiones Sanitarias	Nº y % de Equipos Regionales capacitados en estrategia de APS Nº y % de Equipos Regionales capacitados en gestión para resultados Nº y % de Equipos Regionales aplicando sistemas de gestión y monitoreo Nº y % de Equipos Regionales con informes trimestrales de avance presentados al nivel central Nº y % de Equipos Regionales que desarrollan actividades de capacitación permanente a los ESF	Planes de capacitación. Planilla de participación en capacitación. Registro fotográfico de capacitaciones	Ampliación presupuestaria aprobada
	Fomentar la participación ciudadana para incidir en la toma de decisiones y en la rendición de cuentas	Nº y % de reuniones para información de avances realizados por los ESF Nº y % de reuniones de planificación participativa realizados	Planilla de participación Registro fotográfico de capacitaciones	Implementación del PES-PNDS-Articulación entre sectores e instituciones gubernamentales y sociedad civil efectiva para construir la calidad de vida

CONCEPTO	ANALISIS ESTRATEGICOS	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTO
	Construcción, ampliación y mantenimiento de infraestructura	Cantidad de construcciones, ampliaciones y mantenimientos realizados	Informe de fiscalización y entrega de obra.	Acuerdos con Binacionales- Ampliación Presupuestaria aprobada por Parlamento - Agilización de trámites en Dirección Contrataciones
	Equipamiento de instalaciones	Cantidad y tipo de equipos instalados	Factura de compra de equipo e insumos. Reporte de suministro.	Acuerdos con Binacionales- Ampliación Presupuestaria aprobada por Parlamento - Agilización de trámites en Dirección Contrataciones
Actividades/ Proyectos	Contratación de personal de salud	Cantidad de personal de salud nuevo incorporado a los servicios de Salud	Contratos firmados. Planilla de sueldos.	Acuerdos con Binacionales- Ampliación Presupuestaria aprobada por Parlamento
	Capacitación del personal de salud	Número y tipo de cursos de capacitación ofrecidos al personal	Planes de capacitación. Planilla de participación. Registro fotográfico	Presupuesto disponible

Anexo # 3 Matriz de Marco Lógico DGAPS 2011 (en proceso de elaboración)

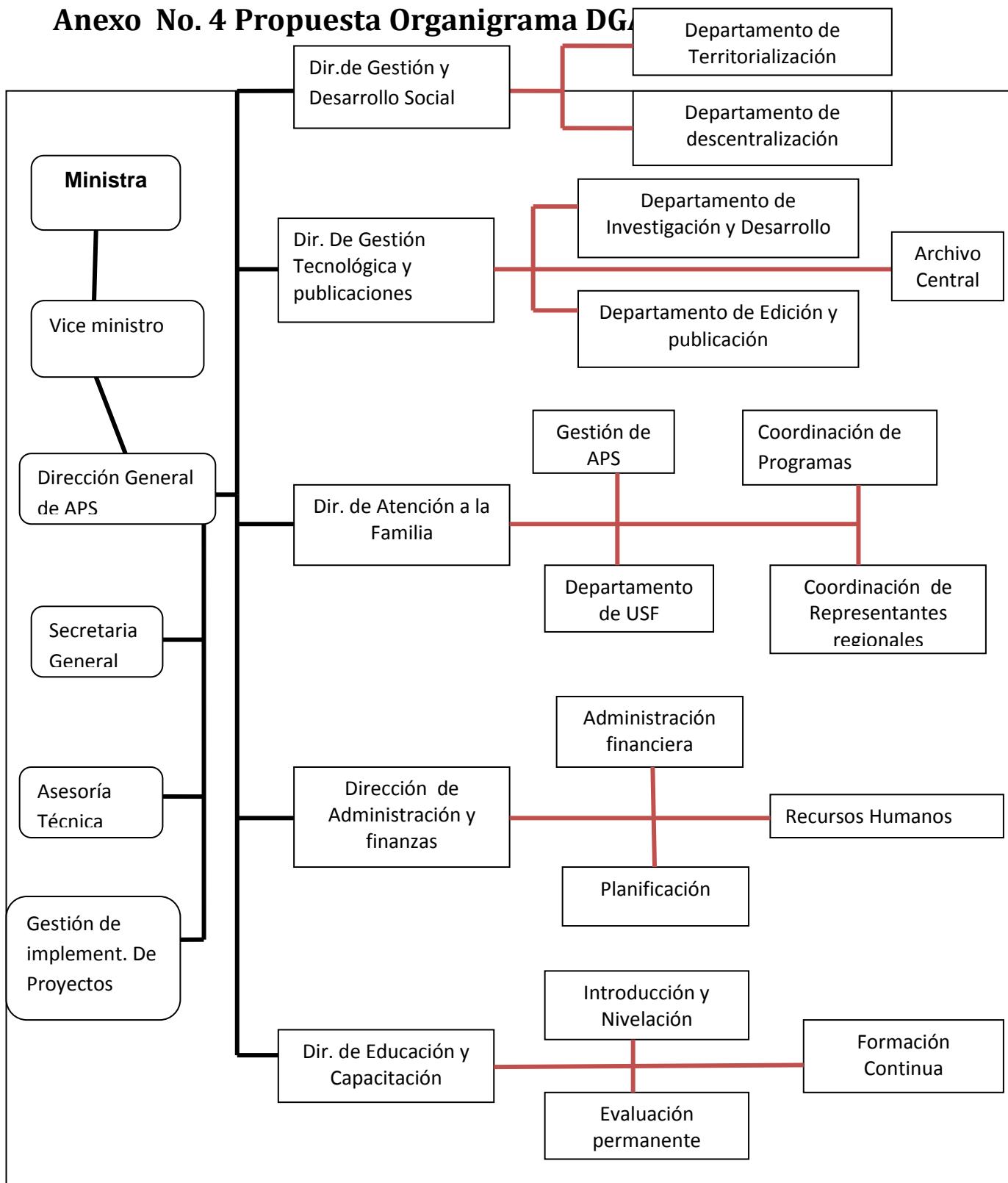
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL-DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN-MATRIZ DE MARCO LOGICO DE USF					
	JERARQUIA DE RESULTADOS	METAS	INDICADOR	MEDIOS Y FUENTES DE VERIFICACION	
IMPACTO, FIN O RESULTADO DE 3ER NIVEL	Ciudadanos y ciudadanas Habitantes del país mejoran su calidad de vida y salud como resultado de un abordaje integral de la salud y la enfermedad.		Tasa de mortalidad materna reducida en territorios sociales de USF hasta 5000 habitantes	Datos de estadísticas vitales del MSP.	
			Tasa de mortalidad infantil reducida en territorios sociales de USF hasta 5000 habitantes	Datos de estadísticas vitales del MSP.	
			% de personas con discapacidad (física o mental), detectadas y en seguimiento en las USF	Planilla de detección activa de las USF . Planilla de Constrol de Gestión	
			% de población indígena atendidas y en seguimiento en las USF	Registro ambulatorio de consultas de Bioestadísticas y la DIGIES. Censo de las USF	
			% de adultos mayores atendidos y en seguimiento en las USF	Registro ambulatorio de consultas de Bioestadísticas y la DIGIES. Censo de las USF	
			% de población en situación de extrema pobreza atendida en las USF		
			% de adolescentes atendidos y en seguimiento en las USF		
EFFECTO PROPOSITO	Incremento del número de familias con acceso a la atención integral de	xx de familias con acceso a la atención integral de la	Nº y % de embarazadas captadas en el primer trimestre con control prenatal suficiente / Total de embarazadas de población adscripta	Registro ambulatorio de consultas de Bioestadísticas y la DIGIES	

	la salud y calidad de vida	salud y calidad de vida	Nº y % de niños y niñas menores de 5 años con desnutrición tratados / Total de población menor de 5 años detectados con desnutrición	Planilla de detección activa de las USF . Planilla de Constrol de Gestión	
			Nº y % de niños y niñas menores de 5 años con esquema de vacunación completo detectadas / Total de población menor de 5 años	Planilla de detección activa de las USF . Planilla de Constrol de Gestión	
			Nº y % de personas con discapacidad (físico y/o mental) detectadas en el territorio social de las USF	Planilla de detección activa de las USF . Planilla de Constrol de Gestión	
			Nº y % de adultos y adultos mayores con HTA tratados y en seguimiento / Total de adultos y adultos mayores detectados	Planilla de detección activa de las USF . Planilla de Constrol de Gestión	
			Nº y % de niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida / Total de niños y niñas lactantes menores de 6 meses.	Libreta de salud del niño y la niña. Evaluaciones rápidas.	
PRODUCTO	Núcleos de Apoyo Técnico (NAT) en carácter permanente para los ESF, en las Regiones Sanitarias	18 NAT's Regionales conformados y funcionando con plan de trabajo definido	Nº y % de NAT's con plan de trabajo definido	Resolución Ministerial de creación de las NAT's Regionales con perfil y funciones	
	Nº y % de NAT's Regionales presentan informes trimestrales de gestión		Informe trimestral de gestión		
			Registro de Actividades		
	ESF funcionando con calidad y capacidad resolutiva	xx ESF instalados y funcionando	Nº y % de USF que cuentan con infraestructura adecuada; equipamiento, insumos y medicamentos según listado básico	Actas de entrega Llenado de IMI y KARDEX	
			Nº y % de ESF completos y capacitados	Planilla de contratación Planilla de asistencia	
			Nº y % de ESF con plan de acción validado e implementado	Plan de Acción presentado a las RS Informe de avance semestral de la implementación del Plan a la RS	

		Nº y % de ESF que implementan guías y protocolos (Marco Normativo) - EVALUACION DE APLICACIÓN DE CONTENIDO PROGRAMATICO	Informe de visita de supervisión?? - Evaluación Rápida	
		Nº y % de población atendida según etapas del Ciclo de Vida / Población adscripta	Registro diario de consulta / Censo / Planilla de seguimiento / Planilla de visitas domiciliarias	
		Nº y % de personas referidas (urgencias y especialidades) / Nº de personas atendidas	Registro de actividades Planilla de asistencia	
		Nº y % de ESF que realizan reuniones intersectoriales para la Promoción de la Calidad de Vida	Actas de reuniones Planilla de asistencia	
La ciudadanía participa e incide en la toma de decisiones y en el control de la gestión en salud	4 reuniones anuales de los ESF con la comunidad	Nº de reuniones comunitarias con seguimiento de acuerdos de compromiso realizadas en territorios sociales de las USF para presentación de resultados de censo y avances de gestión	Actas de reuniones Planilla de asistencia	
USF funcionando de manera articulada con las demás instancias de las RISS		Nº de planes locales de desarrollo comunitario elaborados / Nº de ESF de más de un año	Planilla de gestión de control de las USF	
Incidencia en la formación de profesionales de la salud y del área social desde la perspectiva de las PPCVSE y estrategia de APS		Nº de planes de formación, pasantías, tesis, trabajos de campo, currícula, etc.		

ACTIVIDADES	Conformación de equipos de apoyo técnico permanente a nivel de las Regiones Sanitarias	Instalación permanente de equipos de apoyo Técnico Regionales (3)	Resolución de creación Ministerial. Acta de creación regional del Equipo de Apoyo Técnico	
		Nº y % de Equipos de Apoyo Técnico Regionales presentan informes trimestrales de gestión	Informe trimestral de gestión	
		Nº y % de Equipos de Apoyo Técnico Regional que desarrollan actividades de capacitación permanente a los ESF	Planilla de Asistencia	
	Capacitación de los ESF (elaboración del plan de capacitación - cursos presenciales y virtuales-)			
Elaboración e implementación de marco normativo (guías, manuales, protocolos, etc.)				
Instalación de USF con infraestructura, equipamientos y RRHH		1. Nº y % de ESF con cursos introductorios realizados	Planilla de Asistencia	
		2. Nº y % de ESF con cursos de seguimiento realizados	Planilla de Asistencia	
		3. Nº y % de personas contratadas por medio de Concursos Públicos	Listado de nuevos contratos. Listado de conversión de personal.	

Anexo No. 4 Propuesta Organigrama DG



Anexo # 5 Listado de personas entrevistadas

Nombre de la Persona	Ocupación	Región
1. Dr. Walter Giménez	Médico APS	Misiones
2. Dr. Gilberto Pérez	Médico APS	Cordillera
3. Dr. Edgar Arévalos	Médico APS	Guairá
4. Dra. Zulma Ocampos	Médico APS	San Pedro
5.Dr. Emigdio Riveros	Médico APS	Alto Paraguay
6. Dra. Rosa Díaz Arce	Médico APS	Pte. Hayes
7. Dr. Nelsio Miranda	Médico APS	Guairá
8. Dra. Carmen Gómez	DGAPS	MSPBS
9. Dr. Aldo Irala Ahrens	DGAPS	MSPBS
10. Dr. Nicolás Tanaka	DGAPS	MSPBS
11. Lic. José Miguel Palacios	DGAPS	MSPBS
12. Lic. Victoria Peralta	DGAPS	MSPBS
13. Lic. Manuel Orrego	DGAPS	MSPBS
14. Lic. Ninfa Martínez	DGAPS	MSPBS
15. Lic. María Celeste González	DGAPS	MSPBS
16. Dr. Cristina Guillén	Dirección de Planificación	MSPBS
17. Dra. María Raquel Fernández	Directora Regional	Paraguarí
18. Dr. Félix Brizuela	Director Regional	Ñeembucú
19. Dr. José Modesto Araujo	Director Regional	Concepción
20. Dr. Silvio Ortega	Director Regional	Boquerón
21. Graciela Godoy	Encargada Regional APS	Misiones
22. Lorenzo Arguello	Encargado Regional APS	Caazapá
23. Stella Velásquez	Encargada Regional APS	Asunción
24. Dra. M. Alé	Encargada Regional APS	Central
25. Dr. Rangel García	Encargado Regional APS	Concepción
26. Lourdes Castillo	Encargada Regional APS	Guairá
27. Carolina Estigarribia	Encargada Regional APS	Pte. Hayes
28. Antonio Silvero	Encargado Regional APS	Alto Paraná
29. Dr. Christian Yegros	Encargado Regional APS	Cordillera
30. Dr. Pedro Valiente	Región Sanitaria	Cordillera
31. Edgar Román	Región Sanitaria Adminis.	Guairá
32. Ramona Fernández	Región Sanitaria Estadis.	Guairá
33. Lic. Carolina Bonzi	Lic. en Obstetricia	Pte. Hayes
34.Lic. Graciela Talavera	Lic. en Enfermería	Pte. Hayes
35.Lic. Olga Sánchez	Lic. en Enfermería	San Pedro
36.Lic. Lidia de Mendez	Lic. en Enfermería	Concepción
37.Del Pilar García	Educadora Regional	Concepción
38.Lic. Nelly Insaurrealde	Lic. en Enfermería	Cordillera
39.Shirley Britez	Aux. Enfermería	Cordillera
40.Sandra López	Lic. en Enfermería	Cordillera
41.Lic. Irma Nelly Miranda	Lic. en Enfermería	Guairá
42.Blanca Nohemí Gómez	Aux. Enfermería	Guairá
43.Liliana Rotela	Aux. Enfermería	Guairá

Nombre de la Persona	Ocupación	Región
44.Gladys Segovia	Lic. en Enfermería	Misiones
45.Lourdes Ortiz	Aux. Enfermería	Misiones
46.Rubén Imas	Administrador USF	Misiones
47.Lic. Irene Ferrera	Lic. en Enfermería	Concepción
48.Nimia Quiñonez	Lic. en Enfermería	Central
49. Lic. Adolfo Ayala	Lic. en Enfermería USF	Central
50.Monica Trinidad	Técnica en Enfermería	Central
51.Gladys León	Personal de Limpieza	Central
52Lenny Gavilán	Odontóloga	Central
53. Sr. Mario Fernández	Encargado Ambulancias	Guairá
54.Sr. Edgar Britez	Ambulancia	Guairá
55.Sr. Christian Martínez	Ambulancia	Guairá
56.Sr. Julio César García	Agente Comunitario	San Pedro
57.Aux. Flora de Goriz	Aux. Enfermería	Alto Paraná
58.Sra. Casimira Sosa de Torales	Usuaria USF	Pte. Hayes
59.Sra. Felipa Aquino	Usuario USF	San Pedro
60.Sra., Basilia Peralta	Usuario USF	San Pedro
61.Sra. Cecilia Aguirre	Usuario USF	San Pedro
62.Sr. Sebastian Sandoval	Usuario USF	Pte. Hayes
63.Sra. Soraida Santa Cruz	Usuario USF	Pte. Hayes
64.Sr. Gustavo Ramón Cabrera	Usuario USF	Guairá
65.Sra. Zadi Tillería	Usuario USF	Guairá
66.Sra. Olga Brítez	Usuario USF	Guairá
67. Carlos Martinez	Secretario Municipal	Borja, Guairá

Anexo # 6 Lista de chequeo de evaluación

Tipo de tarea	SI	NO	Comentarios
Año de instalación USF			
Existencia y presencia de Médico			
Existencia y presencia de Enfermero			
Existencia y presencia de agentes comunitarios			
Presencia de pacientes el día de la visita			
Fichas clínicas			
No. y tipo de consultas mensual			
No. de mujeres atendidas en los servicios			
No. de niños atendidos en los servicios			
No. de personas de tercera edad atendidos en los servicios			
Actividades de Inmunización			
Actividades de control de hipertensos			
Actividades de control de diabéticos			
Actividades de Planificación familiar			
Promoción de salud ambiental			
Control de vectores (mosquito-denque)			
Consejería en salud sexual y reproductiva			
Número de consultas médicas			
Control de niño sano			
Referencia por parto			
Atención de parto			
Procedimientos médicos y de enfermería			
Actividades de apoyo a emergencias			
Visitas domiciliarias			
Fichas de registro estadístico mensual			
Documento de Censo			
Diagnóstico de salud			
Mapa de territorio			
Plan de prioridades en salud			
Visitas a las escuelas			
Charlas educativas			
Reuniones con grupos comunitarios			
Existencia de medicamentos			
Entrega de medicamentos a pacientes			
Sistema de Referencia y contra-referencia			
Nivel de satisfacción de los usuarios			
Nivel de relación con otros servicios vecinos			
Actividades de capacitación recibidas por personal USF			
Nivel de satisfacción del personal USF			
Actividades de coordinación del equipo USF			
Tipo de infraestructura del local de servicios			
Actividades de participación de personas o grupos comunitarios			
Actividades de relación con autoridades locales y/o municipales			
Actividades de rendición de cuentas a la comunidad			
Actividades de funcionamiento en red de servicios			
Actividades de vinculación con otros ministerios			
Valoración General de la USF			

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL Anexo 8.1

