

¿Son las **Unidades de Salud de la Familia (USF)** parte de la respuesta a la pandemia por **COVID-19**?

Estudio de 10 USF para conocer las condiciones en las que se encuentran para afrontar esta y futuras pandemias



Atención primaria de
la **salud** en **pandemia**

¿Son las **Unidades de Salud de la Familia (USF)** parte de la respuesta a la pandemia por **COVID-19**?

Estudio de 10 USF para conocer las condiciones en las que se encuentran para afrontar esta y futuras pandemias

Carmen Gómez
coordinadora

Equipo de trabajo:
Raquel Escobar
Elke Strübing
Clara de Iturbe
Dania Pilz



Atención primaria de
la **salud** en **pandemia**



Atención primaria de
la salud en pandemia

¿Son las Unidades de Salud de la Familia (USF)
parte de la respuesta a la pandemia por COVID-19?
Estudio de 10 USF para conocer las condiciones en las
que se encuentran para afrontar esta y futuras pandemias



@ Decidamos, Campaña por la Expresión Ciudadana
París 1031 casi Colón
Asunción, Paraguay
(595 - 21) 425 - 850
comunicacion@decidamos.org.py
www.decidamos.org.py

Coordinación general: Carmen Gómez
Dirección del proyecto: Susana Aldana
Equipo de trabajo: Raquel Escobar, Elke Strübing, Clara de Iturbe y Dania Pilz
Edición y corrección: Rebeca González Garcete
Diseño gráfico y diagramación: Karina Palleros

ISBN: 978-99953-892-5-3
Impresión: SV Servicios Gráficos
Primera edición, enero 2021
Tirada: 500 ejemplares

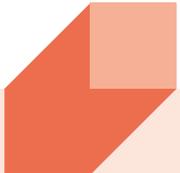
Se autoriza el uso y la divulgación por cualquier medio del contenido de este libro,
siempre que se cite la fuente.

La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo del CONACYT. El contenido
de la misma es responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso se debe
considerar que refleja la opinión del CONACYT.

Por motivos de agilidad de la lectura se ha optado, en parte de algunos
documentos, por el uso del lenguaje en masculino genérico clásico con el fin de
evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en español "o/a" para marcar
la existencia de ambos sexos. Sin embargo, esto no significa que no se tengan en
cuenta la perspectiva de género.



Este Proyecto es cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología -
CONACYT con apoyo del FEEL.



RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo conocer las condiciones en las que se encuentran 10 Unidades de Salud de la Familia (USF) para dar respuesta a la población, como servicio del primer nivel de atención, durante la pandemia por COVID-19; dibuja una línea de base del cumplimiento de estándares de calidad de atención de USF y brinda un instrumento que puede ser utilizado para la evaluación periódica de las mismas, aportando para la gestión y la mejora continua del proceso de atención a la salud. Las USF evaluadas fueron 3 de carácter mixto, 2 móviles y 5 estándares, que atienden a población urbana y urbano marginal; población rural e indígena. La metodología utilizada es la de Estudio de Caso e incluyó la elaboración y aplicación del instrumento de evaluación de calidad en base a 19 estándares (agrupados en 3 tipos: estructurales, de proceso y de resultados, conteniendo 52 indicadores en total) y la realización de entrevistas a profundidad a actores clave. El porcentaje de cumplimiento promedio fue de 35%, para una meta de al menos 80%. Los resultados más relevantes en lo estructural son: la falta de disponibilidad institucional de transporte y comunicación (que es crítica), no todas las USF estaban provistas de medicamentos para tratar el COVID-19 ni para las ECNT y la existencia de sobrecarga de funciones administrativas para los ESF. En cuanto a estándares de proceso, cabe resaltar que casi todas las USF tienen a su población asignada censada, mapeada y dispensarizada y que los ESF fueron capacitados en COVID-19. Pero con debilidades, como que los datos recabados y enviados diariamente a nivel regional no son procesados y analizados al interior del ESF para la planificación, con deficiencia en el trabajo promocional con la comunidad y dificultades de articulación con las redes con niveles de mayor complejidad. La continuidad en la atención según dispensarización se



vio afectada por la pandemia. En cuanto a los estándares de resultados, se constató que los ESF no están pudiendo realizar análisis epidemiológicos ni salas de situación en sus USF. El flujo de información al interior de los ESF acerca de los pacientes COVID-19 positivos no es fluido ni completo. La atención oportuna, con medicamentos y seguimiento clínico, no está garantizada para las personas con ECNT, obesidad y otras comorbilidades. Las USF tienen la estructura y organización que deben ser aprovechadas para hacer, por un lado, de primera línea de detección y contención de la población en casos de pandemia y, por el otro, potenciar el enfoque promocional participativo y comunitario de la salud, clave en la estrategia de atención primaria de salud.

Listado de siglas y acrónimos	6
INTRODUCCIÓN	7
1. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	10
1.1. La estrategia APS y el concepto de territorio.....	10
1.2. Acerca de la calidad de atención.....	13
2. CONTEXTUALIZACIÓN	16
2.1. El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Paraguay.....	16
2.2. La pandemia por COVID-19 en Paraguay	21
3. METODOLOGÍA	23
3.1. Elaboración del instrumento de observación directa del desempeño de las USF.....	24
3.2. Aplicación del instrumento	25
3.3. Realización de entrevistas a profundidad a actores clave	26
3.4. Limitaciones del estudio.....	27
3.5. Consideraciones éticas.....	28
4. PRINCIPALES HALLAZGOS.....	29
4.1. Criterio de calidad de atención en cuanto a la ESTRUCTURA	31
4.2. Criterio de calidad de atención en cuanto al PROCESO	35
4.3. Criterio de calidad de atención en cuanto a los RESULTADOS	43
5. DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS.....	60

Listado de siglas y acrónimos

APS	Atención Primaria de la Salud
ACS	Agente Comunitario de Salud
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
ESF	Equipo de Salud de la Familia
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
EPHC	Encuesta Permanente de Hogares Continua
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas
MSPBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OPS	Organización Panamericana de la salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
SARS-CoV-2	Síndrome Respiratorio Agudo Severo (causado por) el Coronavirus de tipo 2
SNS	Sistema Nacional de Salud
UER	Unidad Epidemiológica Regional
USF	Unidad de Salud de la Familia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida

INTRODUCCIÓN

Al momento de la redacción del presente estudio, ya hace más de un año que se identificó un nuevo coronavirus de alta contagiosidad, denominado SARS-CoV-2, causante de diversas manifestaciones clínicas englobadas bajo el término COVID-19. El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud declara pandemia. A su paso, la enfermedad está dejando muertes y secuelas en la salud, en la economía y en todos los demás ámbitos que atañen a la humanidad. Los acontecimientos se suceden rápidamente, con reportes de mutaciones del virus y nuevas olas de contagios, inicio de la vacunación masiva contra el nuevo coronavirus en algunos países, así como reportes de investigaciones que presentan hallazgos y nuevos aprendizajes sobre la enfermedad y su impacto en la población.

En este escenario mundial, los sistemas de salud de todos los países están siendo puestos a prueba, pues, al mismo tiempo que deben dar respuesta con todos los recursos extremos que sean necesarios en hospitales y unidades de cuidados intensivos, deben hacer promoción y prevención; es decir, gestionar cuidados de protección y rehabilitación, suprimir el contagio y la circulación del virus, prepararse para otras probables nuevas pandemias.

El avance rápido de la pandemia y la creciente cantidad de personas gravemente afectadas y fallecidas obligó a los sistemas de salud a ponerse al día con una oferta de servicios de alta complejidad que esté accesible a toda la población (que no en todas partes estaba garantizada).

Las personas que más fallecen son aquellas con comorbilidades, las que padecen enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como hipertensión, diabetes y malnutrición, entre las principales. En Paraguay, aproximadamente el 69% de quienes están falleciendo por la enfermedad COVID-19 tiene 1 o más comorbilidades (MSPBS, 2020a). La pandemia está mostrando que las personas deben saber cómo cuidarse de manera individual y colectiva; que deben acceder a las condiciones necesarias para alcanzar y mantener su salud y que las acciones de salud no terminan en los servicios de salud.

Hasta fines del año 2020, la respuesta en general de los sistemas de salud se está quedando en el nivel de la emergencia y la urgencia. Los hospitales se ven desbordados y con personas que están trabajando al límite de sus fuerzas y en situaciones peligrosas, pues no siempre cuentan con la protección necesaria. Al mismo tiempo, se está descuidando la atención de las otras enfermedades existentes, agravando el cuadro. La OPS (2020) reporta en la mayoría de los países de las Américas una reducción drástica de la atención pediátrica, así como a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, los oncológicos y las mujeres embarazadas. El contrasentido de esta situación es que, precisamente, son las atenciones ambulatorias de seguimiento las que deberían realizarse, teniendo en cuenta las características de la población que más está falleciendo.

El abordaje integral de la salud se puede lograr a través de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la cual, lamentablemente, en plena pandemia está siendo subestimada y subutilizada por los sistemas de salud (Giovanella *et al.*, 2021). La APS fue declarada estrategia para alcanzar la salud de toda la población del mundo en los años 70 del siglo 20, durante la Conferencia de Alma Ata, y estaba enmarcada por la justicia social. Esta estrategia se basa en cinco componentes: la salud como derecho, la universalidad, la integralidad, la participación social y la intersectorialidad (Feo, 2019). De esta manera, se trabajan la prevención y la promoción para que la población en general sea autónoma, se articule y organice planes junto con los sectores del Estado que correspondan para estar cuidada, protegida y con servicios de seguimiento y rehabilitación.

En Paraguay, el Sistema Nacional de Salud (SNS) considera a la APS en su marco legal y normativo y desde hace 12 años viene desarrollando las Unidades de Salud de la Familia (USF) en el subsector público Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). La USF es la estructura física en la que se ejecuta una parte importante de la estrategia de APS, basada en el trabajo de los profesionales que en ella actúan: los Equipos de Salud de la Familia (ESF), responsables del desarrollo de la estrategia (MSPBS, 2016).

En el contexto de pandemia por el COVID-19, entre las tareas que tienen los ESF están las atenciones ambulatorias de seguimiento y de detección

oportuna de enfermedades; las actividades de educación e información sobre los cuidados de la salud y la prevención de contagio de COVID-19 y de otras enfermedades contagiosas; la organización de la comunidad para hacer frente a los problemas que trae la pandemia consigo (como, por ejemplo, problemas de acceso a agua o alimentos, crisis económica por pérdida de trabajo, mayor violencia doméstica y depresión); la provisión de información a las personas para el autocuidado y el cuidado de los demás.

Ahora bien, para que los ESF puedan cumplir con este rol, es necesario, por un lado, que las USF cuenten con recursos humanos adecuados y en buenas condiciones laborales, infraestructura y logística de comunicación y transporte y, por el otro, que cuenten con estándares de calidad de atención y herramientas de evaluación y retroalimentación que optimicen su gestión y posibiliten una atención de excelencia con ESF motivados y reconocidos.

El presente estudio se enmarca en el proyecto de investigación CONACYT-PINV20-235 y tiene como objetivo conocer las condiciones en las que se encuentran 10 USF para dar respuesta a la población, considerando su rol como servicio del primer nivel de atención durante la epidemia y probable endemia del COVID-19. Además, brinda un instrumento que puede ser utilizado para la evaluación periódica de las USF y dibuja una línea de base del cumplimiento de estándares de calidad de atención en servicios de atención primaria, aportando para la gestión y la mejora continua del proceso de atención a la salud.

El estudio se divide en 5 capítulos. Primeramente, se realiza una breve revisión conceptual sobre la estrategia de APS y sobre la calidad de atención en los servicios de salud, encontrándose como punto común la importancia de la participación de las personas en todos los procesos que hacen a la salud. Posteriormente, se presenta el contexto del estudio considerando al SNS y a la pandemia por COVID-19. Luego, se expone la metodología de estudio aplicada, con sus alcances y limitaciones, para continuar con la muestra de los hallazgos principales con las fortalezas y las brechas identificadas. Además, el estudio propone reflexiones sobre los hallazgos, y, finalmente, conclusiones y recomendaciones para el fortalecimiento de políticas públicas de salud.

1

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

1.1 La estrategia APS y el concepto de territorio

La estrategia de APS tiene más de 40 años de existencia. Fue concebida por todos los Gobiernos, todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo. La estrategia se origina en la necesidad y urgencia moral de reducir las inequidades, la falta de solidaridad humana y las injusticias sociales en el cuidado de la salud de toda la población. Principalmente, está orientada al enfrentamiento de los factores causales de los problemas de salud, es decir, a la determinación social del proceso salud-enfermedad (Tejada de Rivero, 2013). La determinación social es una categoría explicativa que parte de comprender que la salud y la enfermedad son hechos no solamente biológicos sino sobre todo sociales, las causas fundamentales de la “mala salud” están en la sociedad (Feo, 2012).

Durante la Conferencia Internacional sobre APS realizada en 1978, se realiza la Declaración de Alma Ata, en la que se reitera que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social en todo el mundo, lo que exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. En esta Declaración se concibe a la APS como

la asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (OMS, 1978)

Desde entonces, la APS está en el discurso oficial de los países en general cuando se habla de salud. Sin embargo, cada país la asume de diferentes maneras según sus circunstancias, valores y Gobiernos, convirtiéndose en muchos casos en una atención primitiva para gente pobre, desvirtuándose completamente su carácter inicial (Feo, 2019). La APS debe formar parte integrante del sistema de salud –del que debe constituirse en su función central y núcleo principal–, así como del desarrollo social y económico global de la comunidad. No debe ser un programa especial, independiente y paralelo a los demás programas de atención médica, dirigido de manera vertical desde los niveles centrales, con atenciones muy elementales y precarias (Tejada de Rivero, 2013).

Los servicios de APS representan el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevándose así lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde vive y trabaja la gente; constituyéndose en el primer elemento de un proceso permanente e integral de asistencia sanitaria. Los servicios de APS prestan promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, es decir, los servicios necesarios para resolver los problemas de salud de la comunidad. Comprende: actividades de educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y de lucha correspondientes; promoción del suministro de

alimentos y de una nutrición apropiada, abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia a la salud; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas; tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y suministro de medicamentos esenciales (OMS, 1978).

Desde la perspectiva promocional, la salud se concibe como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, no como el objetivo. Dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Implica la participación, aparte del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores, y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores (OMS, 1986).

Además, el concepto promocional de la salud exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y el individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la APS, utilizando los recursos locales y nacionales, así como todos los recursos disponibles que fueran necesarios, con el fin de desarrollar –mediante la educación apropiada– la capacidad de las comunidades para participar (OMS, 1978).

Llegado a este punto, no se puede dejar de mencionar el concepto de territorio como categoría de análisis de la salud pública y colectiva. Desde la perspectiva de la salud colectiva, se lo reconoce, más que como un simple pedazo de tierra, como el escenario donde acontece la vida. Además de ser el espacio geográfico donde se obtienen los servicios ambientales que brinda la naturaleza, el territorio es la condición de existencia material; es más que un contenedor de recursos naturales y población, ya que supone aspectos materiales y simbólicos; es donde ocurren la cooperación y el conflicto, y es el lugar donde coexisten materialidad y cultura –que son el fundamento de la vida–, configurándose el bienestar y el malestar de las poblaciones (Borde y Torres Tovar, 2017).

El territorio puede ser formado de lugares contiguos y de lugares en red. A los primeros se los denomina “horizontales” (que se conectan espacialmente) y a los segundos, “verticales” (que se conectan por flujos de información) (Santos, 2005). Cuando se logra la articulación de ambos territorios, los resultados se potencian y las respuestas se fortalecen (Tobar, 2010).

A través de la horizontalidad se pueden identificar las necesidades en salud de la población de un territorio dado y la relación vertical posibilita conseguir los recursos que permitan satisfacerlas (Santos, 2005). Y es aquí donde la estrategia de APS se vuelve fundamental para gestionar el territorio, buscando que haya coincidencia entre las demandas de los habitantes de un determinado territorio, con una oferta pública diversa y articulada de productos, bienes y servicios.

Los servicios de APS presentan las condiciones básicas de gestión territorial: abordaje poblacional; abordaje horizontal y descentralizado; abordaje integral y regulación de la oferta¹. Estos servicios definen con precisión áreas de influencia geográfica, identifican la población bajo su esfera de influencia y la responsabilidad de los servicios sobre esa población, programan localmente acciones, organizan e implementan dispositivos de referencia y contrarreferencia, y monitorean los resultados (Tobar, 2010).

1.2 Acerca de la calidad de atención

Según reporta la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año ocurren millones de muertes en todo el mundo que pudieron haberse prevenido con sistemas de salud que ofrecieran servicios accesibles, oportunos y de calidad. Por ello, la OMS insta a las autoridades sanitarias a orientar de forma clara las políticas nacionales hacia la mejora de la calidad de los

1 Existen numerosos trabajos que permitieron determinar la necesidad de servicios de salud en la población; el estudio clásico de White, realizado en 1961 y repetido luego, identificó que, de cada mil habitantes en un determinado territorio, es esperable que en un mes unos 750 perciban síntomas, 250 consulten en el primer nivel de atención, 9 requieran derivaciones a hospitales y 5 sean referidos para recibir atención especializada y solo uno requiera atención de alta complejidad a nivel de internación (Tobar, 2010).

servicios de salud y el establecimiento de mecanismos para medir los progresos que se vayan logrando (OMS, 2019).

El concepto de calidad de atención puede llegar a ser muy diverso, dependiendo desde dónde se lo establece. La persona que busca el servicio probablemente esperará que este sea accesible y de pronta atención, cálido, con buenas instalaciones y solvencia profesional. Para la persona que presta el servicio, la valoración de la calidad podría basarse más en aspectos técnicos y científicos. Quien paga el servicio seguramente tendrá en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes que implican el proceso de atención (Donabedian, 2001). Para la OMS,

la calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás, lo que implica una particular atención a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad (OMS, 2019).

Como el proceso asistencial es complejo, la calidad de atención se puede medir a través de diferentes dimensiones, no existiendo un consenso sobre cuáles son las mejores formas de valorarla. Se habla de dimensiones tales como efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, adecuación, disponibilidad, seguridad, respeto, oportunidad, experiencia asistencial al paciente, disponibilidad de información, continuidad, prevención y detección temprana y evaluación.

Según Donabedian (2001), los criterios de calidad pueden clasificarse de acuerdo con varias características. Por ejemplo, estar basados en: un enfoque de evaluación (perteneciente a la estructura, al proceso y a los resultados); las fuentes (derivados de normas, derivados de forma empírica); referentes (relacionados con diagnósticos, problemas o condición, procedimientos y centros o niveles de asistencia), entre otras características descriptivas.

Si bien existen muchos factores a considerar al momento de pensar en el desempeño con calidad, los mayores esfuerzos deberían dirigirse a saber con qué, cómo y para qué se hacen las cosas, estableciendo estándares de estructura, procesos y resultados, acreditando servicios.

En este sentido, existen muchas guías que orientan hacia acciones que posibiliten el mejoramiento continuo de la calidad de atención. Por ejemplo, la Gestión y Reconocimiento Basado en Estándares (GRBE) es un enfoque gerencial para mejorar la calidad de los servicios de salud y su desempeño. Consiste en utilizar sistemáticamente estándares operacionales de desempeño que sirvan de base para la organización de servicios de salud y para motivar a los recursos humanos a través del reconocimiento. La GRBE sigue cuatro pasos: definición de estándares de desempeño de manera operacional, implementación de los estándares a través de una metodología dinámica y sistemática, medición del progreso para guiar el proceso de mejoría hacia estos estándares y reconocimiento del cumplimiento de los estándares (Necochea y Bossemeyer, 2007).

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

2

CONTEXTUALIZACIÓN

2.1 El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Paraguay

En Paraguay, el SNS –según la Ley N.º 1032/1996– incorpora a todas las instituciones que brindan servicios de salud de los subsectores: público (MSPBS, Hospital de Clínicas y Centro Materno Infantil, gobernaciones y municipios, sanidad militar, policial y de la armada); privado (medicina prepaga, proveedores privados); y mixto (Instituto de Previsión Social, Cruz Roja). A pesar de que el marco normativo vigente habilita un sistema de salud universal, el país no cuenta con tal sistema, sino con subsectores desarticulados, cuya atención es fragmentada, desigual e inequitativa (Gómez y Guillén, 2017).

Esta excesiva segmentación y fragmentación dificulta el acceso a servicios de salud de calidad, compromete los resultados de salud, y favorece un uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles y una baja satisfacción de las personas con los servicios recibidos (OMS, 2019).

El 71,9% de la población es atendida por el MSPBS. La proporción de personas que cuentan con algún seguro de salud (ya sea público o privado) varía según sus ingresos (3,2% si son del quintil más pobre y 34% si son del quintil más rico), el lugar donde viven (11,8% si son del área rural y 25% si son de la urbana), entre otras condiciones que generan inequidad (EPHC, 2019). Estos datos revelan que la población recibe diferentes servicios y atenciones según sus circunstancias económicas y de vida: la rural tiene mucha menos cobertura de seguro médico que la población urbana. De esta manera, el SNS es inequitativo, resulta caro e ineficiente y no cumple con la función de garantizar el derecho a la salud².

Durante décadas, el SNS se ha construido con un modelo centrado en la enfermedad y en los hospitales, lo que supuso llegar a la población cuando ya está enferma e incluso con trastornos graves que pudieron haber sido evitados. Como el modelo se centró en las enfermedades –no en la prevención y aún menos en la promoción–, el primer nivel no se desarrolló, no fue financiado ni fortalecido y la población en general ha tenido que recurrir sistemáticamente a los hospitales para sus problemas de salud, tanto simples como complejos.

En el sector público –objeto del presente estudio–, los servicios de salud se han organizado en todo este tiempo con una lógica vertical, con los servicios concebidos de manera jerárquica. El primer nivel lo ocupan dispensarios y puestos de salud sin capacidad resolutoria; en el segundo están algunos centros de salud y hospitales distritales con capacidad para resolver problemas no complejos ni de resorte de especialistas; y en el tercero se encuentran hospitales regionales y nacionales especializados. Cada nivel funciona casi como un compartimento estanco, con poca o nula comunicación con los otros niveles. La fragmentación está demostrada en que los programas de salud existen con una lógica vertical (desde el nivel central hacia lo local) y paralela entre ellos.

Hay numerosos programas nacionales (MSPBS, 2019) que hacen que los servicios sean ineficientes y, finalmente, más costosos, pues, a pesar de

2 El derecho a la salud está contemplado en el artículo 68 de la Constitución de la República del Paraguay de 1992.

que deben llegar a la misma población, cada uno de los programas tiene su personal asignado, su presupuesto propio, sus formularios y registros propios y su agenda. Además, la lógica vertical de los programas reduce la posibilidad de involucramiento de las poblaciones en la elección de las prioridades y fortalece un modelo médico centrado en la enfermedad y, como dependen de cooperación externa, dejan muy poca capacidad instalada (Observatorio Italiano, 2008).

A partir del año 2008 se intentó realizar una reestructuración del SNS, pasando, por un lado, de la concepción centrada en la enfermedad, a considerar efectivamente –no solo en lo retórico– a la estrategia de APS como eje vertebrador del sistema y, por el otro, desde la lógica vertical de relación de los servicios de salud entre sí, a una lógica de relación en red. La reestructuración del sistema se inició con la implementación de las USF, puertas de entrada al sistema operando en los territorios sociales con adscripción de la población y un modelo de atención centrado en la promoción de la salud. Los puestos de salud y dispensarios del primer nivel debían ir reconvirtiéndose a USF y entre los servicios de distintos niveles de complejidad debía existir un eficiente y ágil sistema de comunicación y logística de transporte.

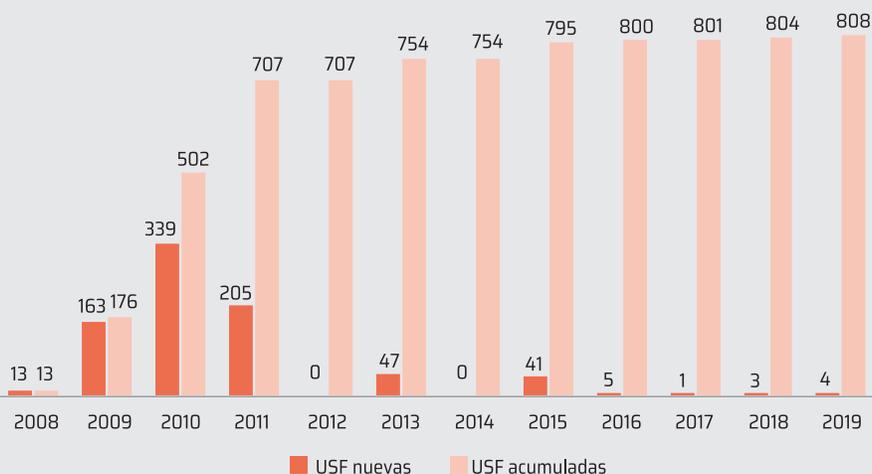
Las USF se organizan en territorios sociales donde vive la gente, tienen una población asignada (3.500 a 5.000 personas). Los ESF deben realizar un proceso dinámico y continuo de clasificación individual de su población asignada, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello, proceso denominado “de dispensarización” (MSPBS, 2017). Los ESF deben garantizar el continuo de la atención mediante la vinculación con la atención especializada según se requiera mayor complejidad, para lo cual deben acceder a regulación médica, comunicación y transporte.

Las USF, aparte de brindar servicios de atención a la enfermedad, promueven la salud al impulsar la participación social y la articulación intersectorial, también al brindar información sobre los procesos de salud y enfermedad, la prevención y el empoderamiento de las personas (Perrotta y Navarro, 2018).

A pesar de todo su potencial, el proceso de reconstrucción del SNS con las USF como agentes transformadores del cambio no tiene un ritmo constante. El gráfico 1 muestra la velocidad y tendencia de instalación de USF entre 2008 y 2019. La meta propuesta en el año 2008 era llegar progresivamente a toda la población que vive en Paraguay, con 1.800 USF en los siguientes años, cosa que no ocurrió hasta el momento.

Gráfico 1.

Número generado y acumulado de USF instaladas en el país. Años 2008 a 2019



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de APS/MSPBS.

En las normativas vigentes se describe el modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario, que busca poner en el centro de la toma de decisión a las personas, quienes deben ser activas en el cuidado de su salud. Además, el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios. Se orienta así a buscar –en toda la red– el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, social y culturalmente aceptada

por la población, considerando sus preferencias, la participación social, incluido el intersector, y la existencia de sistemas de salud indígena (MSPBS, 2016).

Si bien hoy en día ya no se discute que la promoción y la prevención de enfermedades en salud tienen mejores resultados que otras medidas de salud pública, es muy poco lo que se destina a la APS. La OPS recomienda invertir el 30% del gasto público de salud en el primer nivel de atención (OPS, 2019), a fin de lograr la universalidad en el acceso a los servicios de salud y facilitar la entrada al sistema de salud. Sin embargo, el presupuesto que el MSPBS destinó en el año 2018 a la Dirección General de APS fue de tan solo 4% del total (MSPBS, 2018). Aunque aparte del presupuesto para esta Dirección existen otras inversiones que llegan al nivel comunitario de atención (tales como medicamentos, vacunas, capacitación al personal de salud, entre otros), las destinadas a la APS están muy lejos de lo ideal.

La pobre inversión en APS se dimensiona aún mejor si se considera que toda la inversión en salud de hecho es muy baja en el país. Si comparamos los gastos corrientes de salud³ en relación porcentual al PIB con otros países de América Latina, en el año 2018 Paraguay gastó 6,8% del PIB total, Chile 8,5%, Brasil 11,8% y Colombia 5,9%. Por más que está en un término medio con respecto a estos otros países, 56% de este gasto pertenece a la salud privada. A pesar de que la tendencia del gasto corriente en salud va en aumento (10 billones de guaraníes en el 2012, a 16 billones de guaraníes en el 2016), la carga del financiamiento recae principalmente en los hogares (MSPBS, 2018).

Es un hecho que la salud pública en Paraguay no es una prioridad presupuestaria y esto, junto con la débil apuesta a la APS, profundiza las inequidades para el acceso a la salud de toda la población.

3 La estructura financiera del sector salud (público y privado) se agrupa en gastos corrientes (consumo anual de bienes y servicios) y gastos de capital (infraestructura, maquinaria y equipos, entre otros) (MSPBS, 2018).

2.2 La pandemia por COVID-19 en Paraguay

A 10 meses del primer caso del nuevo coronavirus en el país, al 24 de enero de 2021 ya existen 126.370 casos confirmados y 2.586 fallecidos (MSPBS, Contador de COVID-19⁴).

Cuando la población paraguaya en su totalidad entró en cuarentena, el MSPBS empezó una serie progresiva de reorganizaciones y adaptaciones para poder dar respuesta a las necesidades de salud que irían surgiendo en la medida que el virus se propagara hasta llegar a todo el territorio nacional y a un gran número de personas. Como en la mayoría de los países del mundo, la estrategia de lucha contra la pandemia se centró en los hospitales, sobre todo en los servicios de Unidades de Terapia Intensiva. Lo cual es fundamental (pero no suficiente) para responder de forma inmediata e integral a las formas graves de esta enfermedad.

Para hacer frente a la emergencia sanitaria, se realizaron diversas acciones, entre ellas: el aumento del número de camas de terapia intensiva, intermedia y camas hospitalarias en general; el fortalecimiento de los hospitales y laboratorios; la readecuación de espacios físicos para la atención de personas con síntomas respiratorios, priorizándose esta afección sobre las demás; la redistribución del personal de salud; la organización de cuadrillas de trabajo; y la exhortación a que la gente evite ir a consultar para controles.

Mientras tanto, la población en general en cuarentena sufrió severos embates a su subsistencia, puesto que amplios sectores están vinculados a pequeñas empresas o a la economía informal, con ingreso absolutamente dependiente de su actividad diaria. El 68,5% de un total de 1.873.122 hogares reportó que algún miembro del hogar tuvo disminución de ingresos y 37,8% perdió el trabajo o fuentes de ingreso (EPHC, 2020).

4 El MSPBS mantiene un conteo diario de la situación en su sitio web (<https://www.mspbs.gov.py/index.php>).

A la par, la pandemia generó acciones solidarias y de trabajo voluntario que incluyeron desde la confección y entrega de tapabocas, elementos de limpieza e higiene, e incluso lavamanos portátiles, hasta la organización de ollas populares, huertas comunitarias, chacras familiares, sistemas de trueques, autoconvocatorias e intensos debates virtuales.

En todos los departamentos del país hubo personas con COVID-19 positivo. Las cifras más altas de casos se dieron en Central (46,5%), Asunción (26,6%) y Alto Paraná (8,2%). La mayor cantidad de personas contagiadas fueron de la franja etaria 25 a 34 años (30%). En cuanto a las fallecidas, sin embargo, los números más elevados estuvieron el grupo de personas con 80 años y más, seguidas por el de 70 a 74 años. Entre los casos confirmados, el 21,9% presentó comorbilidades y/o factores de riesgo. Las comorbilidades más frecuentes fueron: cardiopatías crónicas (24%); obesidad (18%) y diabetes (17%) (MSPBS, 2021).

Un aspecto a destacar es que las proyecciones epidemiológicas locales hablan de probables nuevas olas de enfermedad y muerte que se irán presentando debido a la disminución en la atención, en los controles y en la provisión regular de medicamentos para ECNT y otras enfermedades como cáncer; merma de vacunación contra enfermedades prevenibles como el sarampión o la tuberculosis; y personas con síndrome de estrés postraumático por la imposición del encierro, el desgaste mental, la depresión y el impacto de la crisis económica (Sequera, 2020).

El complejo escenario descrito sucintamente en este capítulo da cuenta de la importancia y rol protagónico que debería tener la estrategia de APS en el contexto de pandemia.

3

METODOLOGÍA

Se recurrió a la estrategia de Estudio de Caso para conocer las condiciones en las que se encuentran 10 USF para dar respuestas a las necesidades de salud de su población durante la pandemia y probable endemia de COVID-19. Esta estrategia tiene como ventaja que posibilita abordar objetos de estudio complejos (en este caso, una pandemia), tomando diferentes fuentes de evidencia como, por ejemplo, la observación directa y entrevistas a profundidad a actores clave (Escudero y Gutiérrez, 2008).

La observación directa se aplicó en 10 USF seleccionadas con un carácter descriptivo y transversal; el muestreo fue dirigido, no probabilístico. Además, se realizaron 10 entrevistas a profundidad a actores clave.

El trabajo de campo fue realizado entre octubre y noviembre del año 2020. A continuación, se describen los pasos realizados para recolectar los datos.

3.1 Elaboración del instrumento de observación directa del desempeño de las USF

Si bien las USF cuentan con guías, manuales de funciones y protocolos clínicos, aún no disponen de alguna herramienta que evalúe su desempeño a través de estándares de calidad de atención, por lo que el equipo de investigación diseñó una para tal fin.

El primer paso para la construcción de la herramienta fue definir los estándares de calidad de atención, para lo cual se tuvieron en cuenta prioritariamente las normativas y los protocolos nacionales vigentes, además de literatura internacional. En el Anexo 1 se presentan los estándares seleccionados, sus indicadores con definiciones y las fuentes. En el instrumento se ordenan los estándares de calidad de atención de las USF según consideren aspectos estructurales (¿con qué?), de proceso (¿cómo?) y de resultado (¿para qué?).

- **Variables estructurales:** la infraestructura, los materiales, los equipos e insumos de protección, los recursos humanos disponibles, el transporte y la comunicación (disponibilidad de Internet, disponibilidad de computadoras institucionales en red con el nivel regional para referencia y/o telemedicina).
- **Variables de proceso:** la capacitación a los ESF en COVID-19; el acompañamiento y la contención desde el nivel central y/o regional a los ESF; población asignada censada, mapeada y dispensarizada; la indagación sobre satisfacción del usuario; la continuidad de atención según dispensarización; el seguimiento a pacientes con COVID-19; el agendamiento telefónico; la existencia de planes de salud en territorio; la comunicación e información a la población para la promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedades respiratorias y rehabilitación de pacientes recuperados de COVID-19; la interacción del personal de salud con las otras instancias de la red de servicios (referencia y contrarreferencia); el enlace con la población asignada a su territorio, el relacionamiento y la articulación

con instituciones educativas, deportivas, religiosas, cooperativas, radioemisoras, etc.

- **VARIABLES DE RESULTADOS:** el estudio de la atención oportuna a la población del territorio de cada USF aquejada de COVID-19 y a la población con condiciones subyacentes de comorbilidad, en particular aquellas con ECNT.

Una vez diseñada la herramienta, fue validada por un grupo de expertos del ámbito de la salud comunitaria y de atención primaria y luego probada mediante una prueba piloto en terreno. Las observaciones que brindaron las personas expertas fueron más de forma, estuvieron de acuerdo con el enfoque y los estándares de calidad propuestos. A partir de sus recomendaciones, se agregaron aspectos relacionados a la gestión de la información en las USF, se reagruparon ciertos criterios de verificación y se consensuó la lista de los medicamentos clave que las USF deberían disponer.

La prueba piloto fue realizada en 2 USF de la capital: una estándar ubicada en un barrio periférico de una zona inundable y otra de carácter mixto situada en un barrio residencial. Fue de utilidad, ya que permitió probar la herramienta y estimar el tiempo requerido para aplicarla; apreciar la dinámica de las USF y establecer el mejor momento para visitarlas.

Posteriormente, se realizaron ajustes al instrumento (se seleccionaron y reagruparon estándares, pues algunos terminaban siendo repetitivos o poco prácticos), quedando la herramienta con 19 estándares y 52 indicadores con sus respectivos criterios de verificación (ver Anexo 2). Cada estándar tiene indicadores y criterios objetivos de verificación que ayudan a determinar si ese estándar se cumple o no.

3.2 Aplicación del instrumento

La muestra incluyó 10 USF seleccionadas considerando una composición heterogénea según características rural, urbana, periurbana o ubicadas en asentamientos y modalidad de USF, pues existen varios tipos: están-

dar (completas, incompletas), mixtas⁵, móviles (para zonas con población dispersa) y ampliadas (en donde se realizan partos). La selección final reca- yó en 2 USF de Asunción, 4 de Central (Fernando de la Mora, San Lorenzo, Capiatá y Areguá), 1 de Guairá, 1 de Alto Paraná, 1 de Concepción y 1 de Villa Hayes.

La aplicación de la herramienta de cumplimiento de estándares de cali- dad se realizó *in situ* y por observación directa de cada USF estudiada; en- trevistas a las personas que integran los ESF; revisión de registros y de do- cumentos institucionales. No todos los indicadores pudieron ser aplicados a todas las USF, ya que entre ellas existen diferencias según sean estándares, móviles, mixtas o ampliadas. Una vez evaluado cada estándar, se determinó cuántos se lograron aplicando un puntaje (en números absolutos y/o como porcentaje del total). Un estándar se cumple cuando el 100% de los indica- dores que le son aplicables están presentes según lo que internacionalmente se recomienda (Necochea y Bossemeyer, 2007).

La definición cuantitativa de los resultados permitió dibujar una línea de base para el monitoreo futuro de las actividades de cada USF. Además, la herramienta aplicada identifica las brechas para el cumplimiento de cada estándar. De esta manera, se detectaron desviaciones de lo esperado, lo que permitirá tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejora- miento continuo de la calidad de la atención.

3.3 Realización de entrevistas a profundidad a actores clave

Antes de ser aplicadas las entrevistas a profundidad a actores clave, la guía de preguntas fue puesta a consideración del ya mencionado grupo de expertos y también fue validada por dos profesionales de la antropología social. Su aporte se centró en la formulación de las preguntas y en informa-

5 En una misma infraestructura coexiste una USF con su ESF y un Puesto de salud con su personal propio, o sea, coexisten 2 modelos diferentes de atención en el mismo lugar.

ción útil para decidir a quiénes entrevistar. Además, las recomendaciones recibidas permitieron reformular las preguntas para impregnarlas de un enfoque realista, intercultural y respetuoso, en particular las que iban dirigidas a las lideresas indígena y campesina.

Quedaron definidas 10 entrevistas a profundidad (ver Anexo 3) que fueron realizadas a dos personas de direcciones nacionales del MSPBS (de APS y de Vigilancia Epidemiológica); dos personas al frente de direcciones regionales (de APS y de toda una región sanitaria); un concejal departamental; 3 integrantes de ESF de las USF (una enfermera, un médico, un agente comunitario); una lideresa campesina y una lideresa indígena. Se confeccionaron guías con preguntas generales y comunes y preguntas específicas para cada persona a ser entrevistada.

3.4 Limitaciones del estudio

Respecto a la evaluación de niveles de cumplimiento de estándares de calidad, cabe decir que los estándares seleccionados no son todos los que podrían estar. Por ejemplo, en este trabajo no se tomó información acerca de los recursos financieros de cada USF ni se observó el momento mismo de la atención médica o de enfermería o de la aplicación de procedimientos terapéuticos específicos.

Otra limitación del estudio es que el número de USF estudiadas no es representativo, por lo que los hallazgos de la investigación no pueden generalizarse. Las limitaciones se debieron al propio contexto de la pandemia; la limitada capacidad operativa de recolección y análisis; el tiempo del que se dispuso y la naturaleza compleja del fenómeno a ser estudiado.

En cuanto a las entrevistas a profundidad, algunas tuvieron que ser realizadas de manera virtual. Por otra parte, considerando la diversidad de personas que integran la sociedad, el haber podido entrevistar solamente a 10 por limitaciones de tiempo, deja abierta la posibilidad de que no todas las voces hayan sido escuchadas.

3.5 Consideraciones éticas

Este estudio cumplió con las recomendaciones éticas cuidando la confidencialidad, anonimización y respeto a la dignidad de las personas abordadas. Como paso previo, se presentó el proyecto a las autoridades competentes del MSPBS y las visitas en cada unidad fueron acordadas con los ESF correspondientes. La participación de las personas entrevistadas para este estudio fue voluntaria, con aceptación oral después de explicarles el propósito y la metodología de la investigación.

4

PRINCIPALES HALLAZGOS

En este capítulo se desarrolla una valoración de las condiciones en las que se encuentran las USF para cumplir con su rol de atención a la salud en su población asignada. Se presenta el cumplimiento de los estándares de calidad de atención y sus indicadores, tanto en términos porcentuales como en valoraciones cualitativas cuando corresponde. Los hallazgos incluyen la información recogida también de las entrevistas a profundidad.

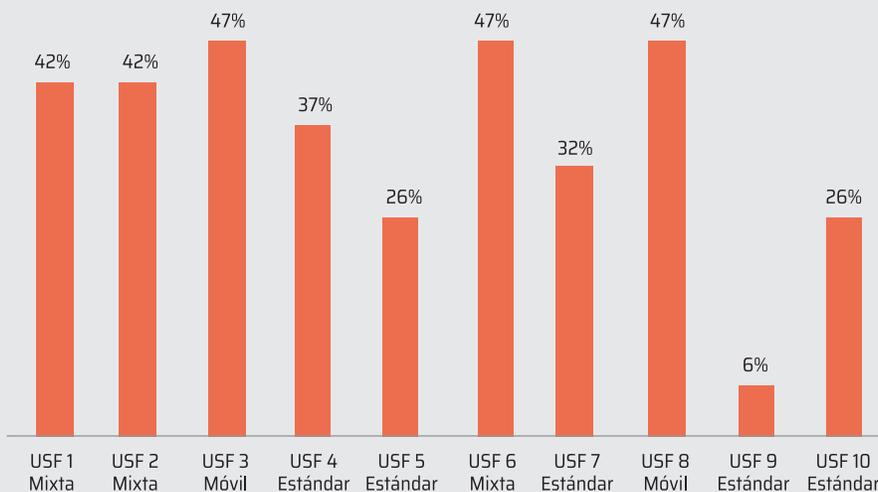
Fueron visitadas 10 USF: una de ellas atendía a población urbana de alto riesgo social en zonas inundables de la capital, dos atendían a población rural e indígena, 3 atendían a población rural y urbana, y 4 a población urbana.

En el gráfico 2 se aprecia el porcentaje de cumplimiento de estándares por cada USF y su modalidad⁶. El porcentaje promedio de cumplimiento de estándares fue de 35% para una meta de al menos el 80%.

6 En el Anexo 4 se presenta una tabla donde se detalla el cumplimiento de los 52 indicadores correspondientes a los 19 estándares estudiados por cada USF visitada.

Gráfico 2.

Porcentaje de cumplimiento de estándares por cada USF



Fuente: Elaboración propia con datos recolectados.

A continuación, se agrupan y presentan los hallazgos de la información recogida en las USF y durante las entrevistas según los criterios de calidad de atención en la estructura, el proceso y los resultados. Exponer los hallazgos desde esta perspectiva resulta útil para buscar comprender cuáles son las circunstancias por las cuales las USF estudiadas no llegan a porcentajes aceptables de cumplimiento de estándares de calidad de atención.

4.1 Criterio de calidad de atención en cuanto a la ESTRUCTURA

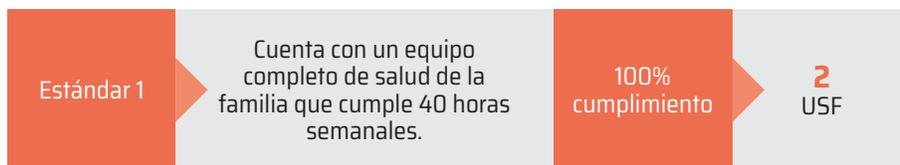
Principales hallazgos

Fortalezas

- Las USF cuentan con manuales de funciones y protocolos clínicos.
- Las USF cuentan con un programa médico arquitectónico.

Brechas

- La disponibilidad institucional de transporte y comunicación es crítica.
- No todas las USF estaban provistas de medicamentos para tratar el COVID-19 ni para ECNT.
- Las USF en su mayoría no cuentan con el número adecuado de profesionales.
- Existe sobrecarga de funciones administrativas para los ESF.



Al contar con personal administrativo, solo 2 USF cumplen con el 100% de los indicadores de este estándar, las 8 restantes no lo tienen, por lo que llegan al 80% de cumplimiento. Es importante considerar que en la composición de los ESF el 35% de las actividades del primer nivel se refieren a actos administrativos, debido a la existencia de casi 300 formularios de los numerosos programas existentes dentro del MSPBS, según señaló una entrevistada (E8).

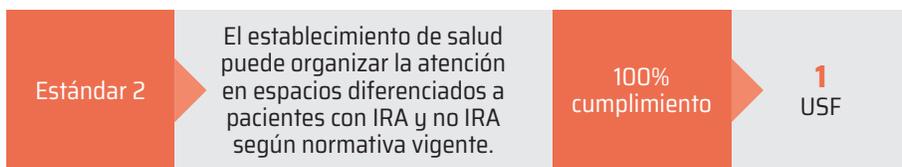
Otro aspecto para considerar es que, si bien el indicador para el número de agentes comunitarios se consideró como cumplido cuando la USF tenía a partir de 2, solo una USF tiene los 5 reglamentarios. Una agente comunitaria entrevistada manifestó que son muchas 76 manzanas para 2 agentes y que los ESF deberían tener 5.

En cuanto a la existencia de odontólogos, el indicador se cumplía con 1 por cada 2 USF. Los hallazgos muestran que hay una mala distribución de estos, ya que las USF mixtas contaban con incluso 3 odontólogos (sin infraestructura que les permita brindar una atención adecuada) que no respondían administrativamente a la USF.

En las USF mixtas, donde coexisten ESF y otros profesionales del MSPBS (que integraban antiguos puestos de salud y dispensarios) y/o de los municipios (pediatras, ginecólogos, clínicos), se observó que trabajan como grupos separados, no intercambian información, no coordinan sus horarios y actividades, no se integran ni adhieren a la estrategia de trabajo de la APS. Los ESF no siempre conocen las atenciones que estos profesionales brindan a su propia población asignada.

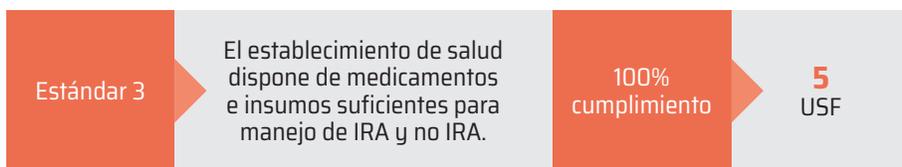
En los meses de octubre y noviembre, en contexto de pandemia, los ESF seguían trabajando por cuadrillas, por disposiciones del nivel central. Una enfermera entrevistada, integrante de un ESF comentó al respecto:

▶ “[...] la idea del trabajo en cuadrilla era que a los días que no nos correspondía venir a la USF trabajemos *online* o hagamos las capacitaciones, pero la gente tomó como días de descanso, de vacaciones”. (E9)

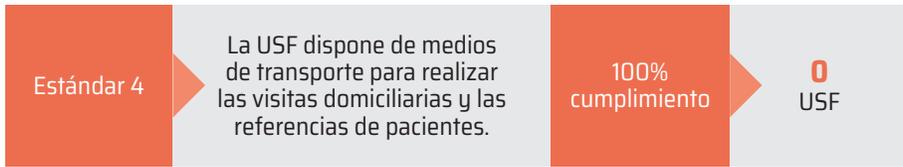


Todos los indicadores se cumplieron en solo 1 de las USF y otras 3 no cumplían con ninguno. Es decir, en esas tres USF no tenían dónde hacer *triage* de pacientes.

Un problema detectado durante el trabajo de campo es que algunas de las USF están asentadas en terrenos o locales que no son propios (predios de organizaciones sociales, municipalidades, seccionales coloradas o de la Iglesia, entre otros) y, por ello, no pueden realizarse mejoras de infraestructura. Al respecto, una de las personas entrevistadas del nivel central manifestó que no existe un presupuesto sólido para la parte patrimonial de la institución, con debilidades históricas en este tema (E8). En contrapartida, señaló que, como fortaleza, la APS cuenta con instrumentos normativos y un programa médico arquitectónico (reconocido a nivel internacional), que estandariza la infraestructura de las USF y posibilita el desarrollo de los programas y la cartera de servicios de manera adecuada en el primer nivel.

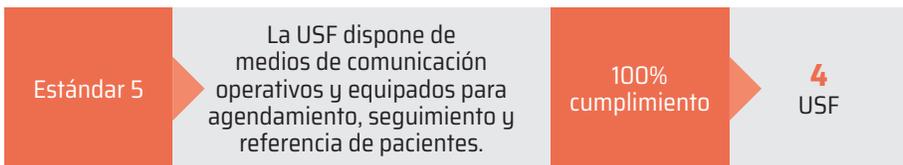


La mitad de las USF estudiadas cumplen con este estándar. Cuatro USF no disponían de oxígeno. Los elementos de bioseguridad para los ESF escasearon al principio de la pandemia (al punto que tuvieron que recurrir a donaciones y polladas), pero al momento de la recolección de datos, todas las USF contaban con los mismos.



Ninguna de las USF dispone de medios de transporte. Dos de ellas cuentan con motos pertenecientes al servicio, pero no pueden usarlas por falta de combustible y mantenimiento. Se detectó que el problema no es solamente que la mayoría de las USF carece de transporte propio institucional, sino que tienen enormes dificultades para articular con otras instancias de la red para acceder a transporte en casos de urgencia, al punto que llegan a transportar pacientes graves en sus vehículos particulares o en la patrullera policial.

Todas las USF visitadas refirieron que realizan las gestiones institucionales, tales como retirar medicamentos e insumos (de la Región Sanitaria correspondiente), llevar muestras de Papanicolau realizadas u otras diligencias, recurriendo a sus propios vehículos. Incluso, cuando deben hacer visitas domiciliarias lejos del servicio, deben utilizar sus vehículos personales (si tienen).



Este estándar es cumplido por 4 USF, únicamente 2 llegan al 25% y otras 2 no cumplen con ningún indicador. En todas las USF visitadas, los ESF terminan utilizando sus propios teléfonos celulares y pagan el servicio de Internet de su bolsillo para poder enviar los informes diarios exigidos por el nivel regional.

4.2 Criterio de calidad de atención en cuanto al PROCESO

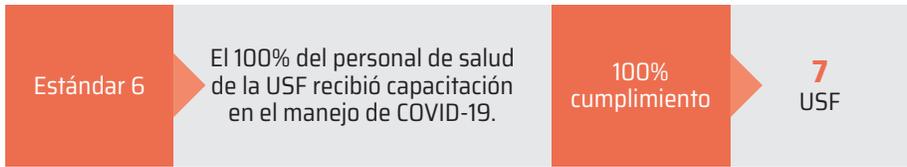
Principales hallazgos

Fortalezas

- Casi todas las USF tienen a su población asignada censada, mapeada y dispensarizada.
- Los ESF están capacitados en COVID-19.
- Los ESF ofrecen continuidad en la atención a los pacientes con IRA.

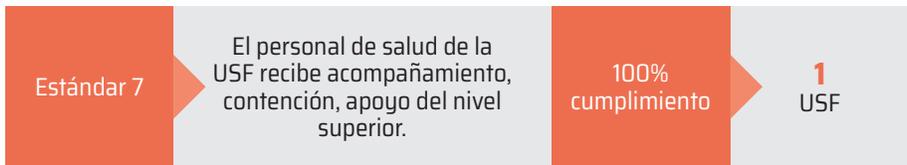
Brechas

- Los datos recabados y enviados diariamente a nivel regional no son procesados y analizados al interior del ESF para la planificación.
- Las consultas de satisfacción del usuario o autoevaluaciones de control de calidad no son realizadas.
- La continuidad en la atención según dispensarización se vio afectada por la pandemia.
- La promoción de la salud no se está realizando de manera satisfactoria.
- La articulación en red con niveles de mayor complejidad es inexistente, por lo que la atención integral no está garantizada.
- Los diagnósticos y planes de salud con la comunidad no se están llevando a cabo.
- No hay articulación con otros sectores.

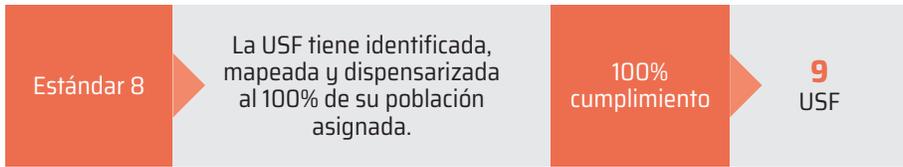


Se cumple cabalmente en 7 USF. La capacitación fue realizada en línea al inicio de la pandemia y se enfocó en la organización de las unidades, la prevención del contagio, el manejo y la derivación de pacientes con COVID-19. En noviembre de 2020, todo el personal médico fue capacitado y este, a su vez, lo transmitía a su ESF correspondiente. En 3 USF, sin embargo, la capacitación no alcanzó a todas las personas que integran el ESF.

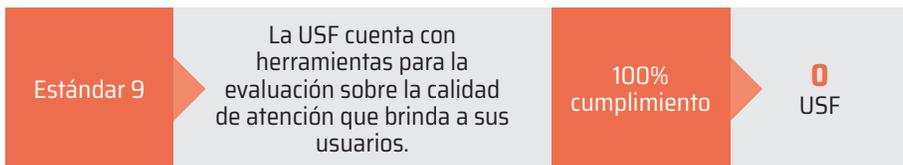
En los meses de marzo a mayo del año 2020 también se realizaron capacitaciones enfocadas a condiciones específicas y COVID-19, como, por ejemplo: población embarazada, con el virus de inmunodeficiencia humana VIH, menores de cinco años, además de cómo cuidar la salud mental en tiempos de pandemia.



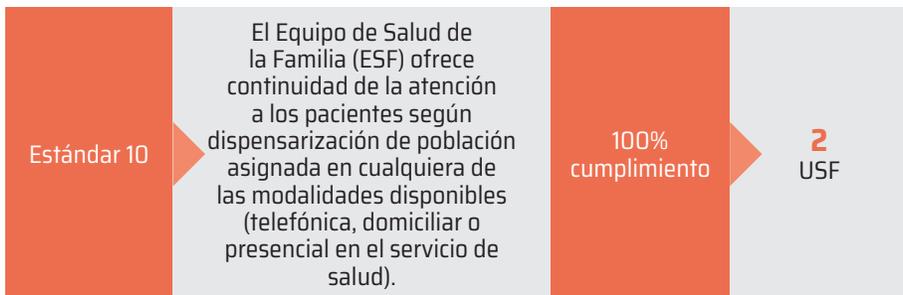
Este estándar se cumple en una sola USF. Los integrantes de 5 ESF dijeron no recibir ni un apoyo. Alegaron que les hubiera gustado recibir apoyo psicológico individual o grupal y mayor acompañamiento y seguimiento del nivel superior. En cambio, las personas entrevistadas de los niveles central y regional declararon que sí realizan acompañamiento y supervisión (E4, E7 y E8).



Se cumple en casi todas las USF. Solamente una USF no realiza clasificación por vulnerabilidad.



No se cumple. Ni una USF visitada tenía buzones de sugerencia ni realiza encuestas de satisfacción al usuario. En una USF móvil contaron que habían tenido un buzón, pero que los usuarios lo destruyeron (E3). Durante las entrevistas a integrantes de los ESF, algunos profesionales (E3 y E6) comentaron que durante los Aty que hacían antes de la pandemia recibían las quejas y sugerencias de los usuarios, aunque al mismo tiempo comentaron que muy pocas personas asisten a estas asambleas.



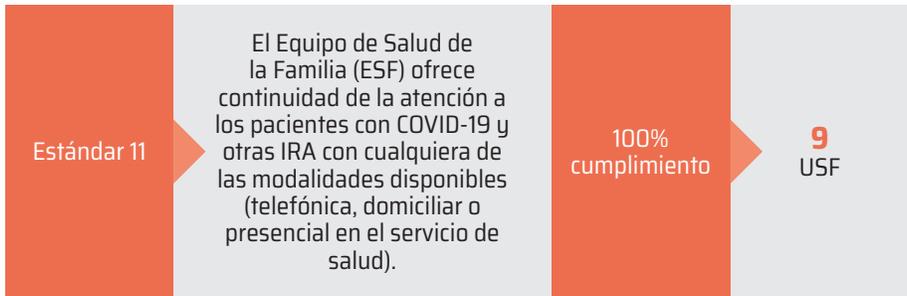
De las 10 USF, solamente 2 cumplen con este estándar. Según declaraciones de las personas integrantes de los ESF, en los primeros meses disminuyó la cobertura de vacunación. Pero esta disminución no es posible

cuantificar en términos estrictos, ya que se envían los informes cada día a la región sanitaria correspondiente sin hacer un análisis de sus datos. Las metas de vacunación y el monitoreo se realizan en el nivel central.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo de la población infantil también disminuyó, tanto porque las propias familias dejaron de llevar a sus niños a la consulta, como porque las visitas domiciliarias se suspendieron en los primeros meses de la pandemia por disposición del nivel central. La atención a menores de 5 años se limitó a entrega de leche del Programa Alimentario Nutricional Integral (PANI) y vacunación para los que llegaban hasta las USF. Las consultas odontológicas fueron suspendidas desde la declaración de emergencia sanitaria en marzo y seguían sin reanudarse cuando se realizó el trabajo de campo. El control prenatal se siguió realizando a las embarazadas que acudían a las USF, pero no todas acudían y las que estaban acudiendo lo hacían con menos frecuencia. Las pruebas de Papanicolau fueron interrumpidas desde marzo y, al momento de las visitas, en una sola de las USF había sido retomado este estudio de tamizaje de cáncer de cuello uterino.

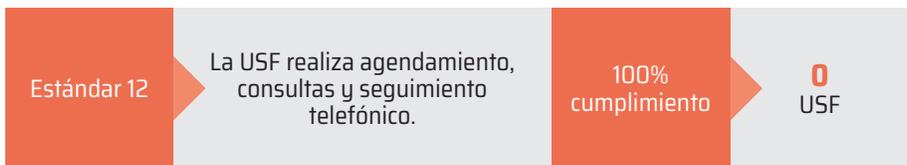
En cuanto a la provisión de medicamentos para ECNT, todas las USF declararon tener problemas con el suministro, el cual desde antes de la pandemia ya venía siendo intermitente para algunos medicamentos como los antihipertensivos. La mayoría de las USF implementó días exclusivos para entrega de medicamentos a pacientes crónicos, haciendo la salvedad que se limitaban únicamente a la entrega del medicamento, sin realizarse control clínico alguno.

Según las declaraciones de una persona entrevistada del nivel regional (E7), las consultas se mantuvieron en algunas regiones sanitarias, disminuyeron en otras y en otras hasta aumentaron. A su criterio, muchos usuarios que antes no se acercaban a sus USF, al no querer ir al hospital, se acercaron más a las USF, aumentando en el primer nivel el número de consultas. No obstante, reconoció que se ha resentido el trabajo en terreno con la consigna de “Quédate en casa”.



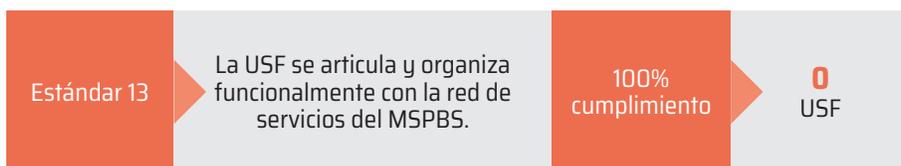
El estándar se cumple en casi todas las USF, la que no cumplía era porque no disponía de médico (desde hacía 7 meses).

La lideresa campesina (E2) refirió que durante desde la cuarentena la doctora de la USF recorrió casa por casa en moto para verificar cómo se encontraban. Además, según declaraciones de una de las personas entrevistadas de nivel central, el médico y la licenciada (en enfermería) siguieron brindando atención durante todo el siguiente tiempo, también continuó la entrega de medicamentos (inclusive distribuyendo en los domicilios) y la consulta telefónica fue reglamentada, atendándose a los pacientes crónicos bajo esta modalidad. Igualmente, el concejal departamental entrevistado destacó que, en su localidad, los contagios comunitarios fueron aislados en sus domicilios, recibiendo seguimiento diario por parte del ESF de la zona, sin evidencia de discriminación.



Ninguna de las USF cumple con todos sus indicadores. En 6 USF se brinda agendamiento telefónico (aunque algunas de ellas los hacían solo para los días de vacunación), y en 9 USF algún miembro del ESF tuvo que socializar su teléfono particular para posibilitar las consultas y el seguimiento telefónico. Ninguna de las USF expide recetas electrónicas.

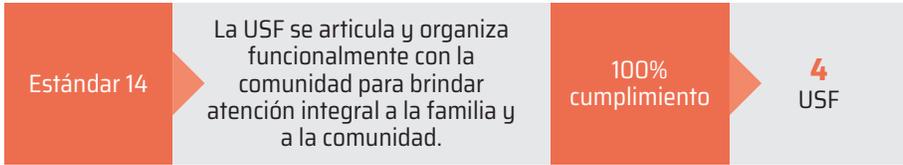
En opinión de una de las personas entrevistadas del nivel central (E10), deberían fortalecerse este tipo de recursos, incluyéndose no solo una respuesta pasiva a las llamadas sino una activa, llamando desde las USF a los hogares. Otra persona entrevistada, del nivel regional (E7), reconoció que en cada USF se tenía que ver cómo hacer el agendamiento, las consultas y el seguimiento telefónico (según sus circunstancias), destacando que, si bien las visitas domiciliarias pararon de hacerse, la atención continuó a través del agendamiento.



Ninguna de las USF cumple con todos los indicadores. Cabe destacar que la referencia del paciente sí se da, pues los ESF hacen todo lo posible para derivar a los pacientes que necesiten atenciones más complejas que las USF puedan brindar, sin embargo, la contrarreferencia prácticamente no existe.

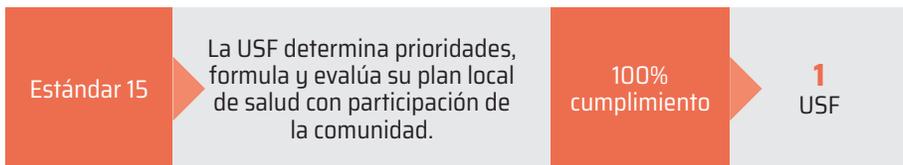
Ni una sola USF recibe información acerca de la evolución de los pacientes de su territorio que tuvieron que internarse en hospitales de la red, ni tampoco reciben epicrisis, resúmenes, recomendaciones terapéuticas o de seguimiento al alta de los mismos. El indicador “se realiza pruebas de PCR SARS-CoV-2 según protocolo vigente en su Departamento”, sí se cumple en todas las USF, pero no a nivel de estas, sino a través del 154 o en los hospitales de cabecera y a nivel central.

Otro aspecto para considerar es que no hay condiciones para que los ESF realicen interconsultas con especialistas de Centros de Referencia.



Se cumple en todos sus indicadores solo en 4 USF. Al inicio de la situación de emergencia, cuando espontáneamente surgieron ollas populares para apoyo a las personas y comunidades que quedaron sin trabajo, las USF no participaron de las mismas; tampoco se detectó algún tipo de articulación con los otros sectores del Estado, responsables de garantizar las condiciones necesarias para la salud (educación, vivienda, transporte, agua, alimentos, entre otras), ni con organizaciones civiles como comisiones vecinales o parroquiales.

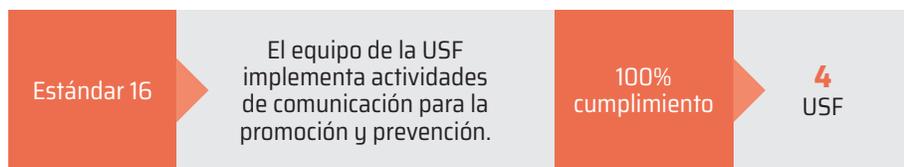
En las entrevistas realizadas a actores clave, se registran declaraciones acerca de las limitadas acciones de los Consejos Locales de Salud (CLS) ante la pandemia, reduciéndose casi exclusivamente a la provisión de lavamanos en algunas localidades o elementos de higiene. Además se menciona que, en la práctica, los CLS no funcionan para contingencias o lo hacen de manera muy discreta, en parte por la escasa participación ciudadana en los consejos, los cuales en su mayoría están integrados por actores político-partidarios. Al respecto, la lideresa campesina entrevistada (E2) enfatizó que los ESF deberían incluir más a los líderes y referentes comunitarios para cualquier evento de emergencia.



Este estándar se cumple en solo una de las 10 USF porque cuenta con un plan participativo. Personas entrevistadas de los ESF (E3, E6 y E9) alegaron que realizan anualmente por lo menos un Aty con la finalidad de

informar a los usuarios de la atención realizada en el año y ocasionalmente reciben sugerencias o quejas de parte de los asistentes. Para esas ocasiones, se invita a la población en las visitas casa por casa (no se ponen carteles de convocatoria en la USF), no obstante, la participación es escasa debido probablemente al horario (generalmente los hacen en horas de trabajo) o al poco interés, según apreciaciones de los ESF.

El concejal departamental entrevistado (E5) comentó que no existe un plan local de salud con participación comunitaria en la mayoría de los territorios sociales y que, en general, se limitan a la programación de atención definidas por los equipos locales de cada USF.



Los tres indicadores de este estándar se cumplen únicamente en 4 USF. Se socializa un número de teléfono en 9 USF. Solo 4 USF contaban con carteles informativos y difundían información acerca del COVID-19 utilizando las redes sociales como Facebook. Sin embargo, según declaraciones, era más bien para informar sobre las actividades de la USF como los días de vacunación. Durante la entrevista a la lideresa indígena, la misma manifestó que antes de la pandemia recibían charlas de promoción de la salud por parte de la USF, pero que luego ya no. Destacó que estas charlas serían muy importantes sobre todo las que informen sobre cuidados frente al coronavirus. Además, comentó que la información que manejan en su comunidad es la que reciben a través de la televisión y la prensa. Una enfermera entrevistada de una USF comentó que las actividades promocionales dejaron de realizarse al inicio de la pandemia y que ahora –mes de noviembre– las están retomando.

4.3 Criterio de calidad de atención en cuanto a los RESULTADOS

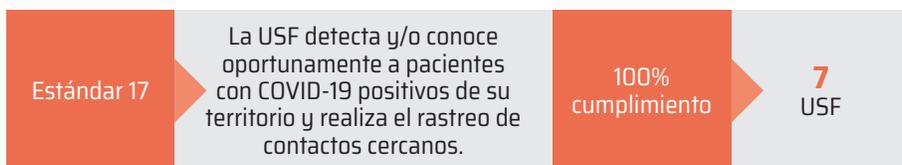
Principales hallazgos

Fortalezas

- Las USF tienen la estructura y organización necesarias para hacer de primera línea de detección y contención de la población en casos de pandemia.

Brechas

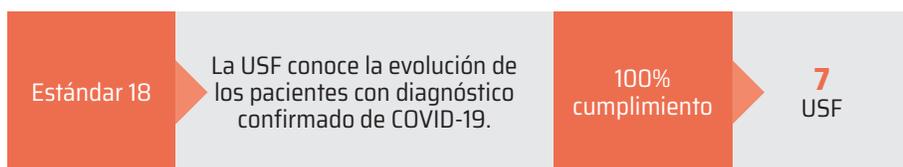
- Los ESF no están pudiendo realizar análisis epidemiológicos ni salas de situación en sus USF.
- El flujo de información al interior de los ESF acerca de los pacientes COVID-19 positivos no es fluido ni completo.
- La atención oportuna, con medicamentos y seguimiento clínico, no está garantizada para las personas con ECNT, obesidad y otras comorbilidades.



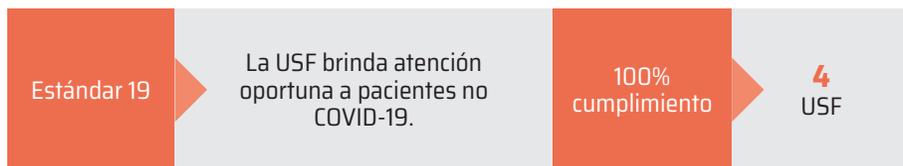
Los tres indicadores del estándar se cumplen en 7 USF. La forma como conocían a pacientes positivos era, en algunos casos, por la Unidad Epidemiológica Regional (UER) y en otros, a través de la comunidad. Las USF no fueron asignadas para toma de muestras y las personas optaban por ir directamente a los hospitales regionales o de referencia. A nivel de la comu-

nidad, la percepción de una de las agentes comunitarias es que las personas que tienen síntomas ocultan ese dato porque tienen miedo al rechazo y a la discriminación.

Ni una USF tenía sala de situación actualizada y lo que se percibió es que la información acerca de los pacientes COVID-19 positivos estaba fragmentada: la UER transmitía el dato al médico o médica de la USF quien, al trabajar por cuadrillas –como el resto del ESF–, no siempre estaba presente para pasar el dato.



Este estándar se cumple completamente en 7 USF. Como contrapartida, prácticamente ni una USF conoce la evolución de aquellos pacientes que fueron referidos a hospitales regionales o nacionales mientras estuvieron internados. En muchos casos, esto significó la imposibilidad de hacer búsquedas activas de contactos o seguimientos a la familia.



Únicamente 4 USF cumplen con este estándar. Como ya se describió en el estándar 10, como no se garantizó de manera satisfactoria la continuidad en la atención según dispensarización, la atención no se está haciendo de manera oportuna.

Al inicio de la pandemia, la consigna de hecho fue no concurrir a los servicios de salud, salvo casos de urgencias. Igualmente, según apreciaciones y reportes de integrantes de ESF entrevistados, se juntaron varios factores: por un lado, las personas tenían miedo a contagiarse en los servicios

de salud y, por el otro, fueron suspendidas las visitas domiciliarias. Pero, cuando las personas con ECNT sí se decidían a concurrir a los servicios, en los mismos no se les proveía de la suficiente cantidad de medicamentos necesarios para sus afecciones crónicas (sobre todo faltan medicamentos antihipertensivos), lo que generó incluso crisis hipertensivas y descompensaciones.

Gráfico 3.

Número de USF que cumplen cada estándar de estructura, proceso y resultados



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados.

5

DISCUSIÓN

Este estudio se realizó entre los ocho y nueve meses de inicio de la declaración de emergencia sanitaria debido a la pandemia por COVID-19 en Paraguay. Hasta este momento, el foco del SNS estuvo en el tercer nivel de atención. Los acontecimientos que se suceden son muy veloces y el MSPBS se encuentra en la tarea de garantizar a la población –de manera justa y equitativa (MSPBS, 2021)– la aplicación de la vacuna contra el nuevo coronavirus. Es la oportunidad para que las USF sean consideradas como la respuesta a la pandemia y alcancen todo su potencial.

Los hallazgos del estudio muestran que las USF no tienen las condiciones adecuadas para enfrentar esta y otras pandemias que se vaticinan, y que la calidad de la atención que ofrecen es mediocre. Existen marcadas deficiencias en lo estructural, que afectan al proceso de atención y a los resultados, en particular son graves las carencias en cuanto a transporte y comunicación. Y en USF móviles, esta problemática atenta contra su sentido mismo de existencia.

La provisión de medicamentos es intermitente y no siempre suficiente. De igual forma, llegaron de manera tardía los equipos de protección personal para hacer frente a la pandemia.

Esta situación tan crítica en la logística interpela a las instancias superiores de la institución, puesto que no están garantizando que las USF cuenten con las condiciones mínimas necesarias para atender adecuadamente a la población.

La estrategia de APS no está del todo apropiada por los ESF y mucho menos por el resto de los equipos que trabajan en los otros servicios de creciente complejidad de atención de la red. La inversión en la estrategia es bajísima y persisten viejos problemas de gestión de recursos humanos que podrían superarse de implementarse la Carrera Sanitaria.

El plan de reconvertir (en nomenclatura y funcionalidad⁷) a antiguos puestos de salud y dispensarios en USF no se está concretando en terreno, y en las USF visitadas que eran mixtas se encontró que existen grupos de personas que trabajan de manera fragmentada, casi ignorándose las unas a las otras.

La coexistencia de un ESF, en la misma infraestructura, con otros profesionales y funcionarios del MSPBS, Municipalidad o Gobernación, que no aplican el enfoque de la estrategia de APS ni aportan a la misma, hace que se realicen trabajos paralelos y superpuestos, lo cual dificulta el desempeño de los profesionales y confunde a la población. Esta fragmentación de la información y del trabajo empeoró aún más durante la emergencia sanitaria con la organización por cuadrillas. La falta de personal polivalente en los ESF implica que los que integran el equipo tengan que sacrificar horas en tareas administrativas en lugar de destinar ese tiempo a la atención, la promoción y la prevención. Asimismo, no contar con los 5 agentes comunitarios, cantidad establecida como ideal en la normativa vigente (MSPBS, 2016), afecta la labor promocional de las USF en el territorio social. Articular el trabajo es fundamental en el contexto de la

7 Los dispensarios y puestos de salud deben orientarse gradualmente hacia el nuevo modelo de atención y organización en redes, buscando integrar los recursos existentes (MSPBS, 2016).

estrategia de APS, el cual debe realizarse en equipo como un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud (OPS, 2008).

Algunas USF fueron habilitadas sin haber cumplido con criterios para la instalación según normativa, como la de disponibilidad de infraestructura mínima necesaria o la readecuación de la infraestructura y funcionalidad de los establecimientos de salud existentes. Las USF con infraestructura insuficiente no lograron adecuar sus espacios físicos separando espacio COVID y no COVID, según las recomendaciones del sector (MSPB, 2020b). Detrás de esta problemática subyacen precariedades de larga data en la gestión del patrimonio de la institución.

La manera como se está gestionando la información debe ser reformulada, pues los ESF pasan casi la mitad de su tiempo llenando cientos de formularios que no hacen más que fragmentar a la población en patologías inconexas unas de otras. Esto se vio empeorado durante la pandemia, pues los ESF estaban trabajando por cuadrillas. Al terminar cada jornada, los ESF están obligados a enviar una enorme información a niveles regionales y/o nacionales, sin que les quede tiempo para analizar esa información y hacer diagnósticos situacionales para adaptar sus respuestas con base a ello. La existencia de tantos programas se viene mencionando desde hace varios años por organismos nacionales e internacionales como una de las causas de baja eficacia y eficiencia en los sistemas de salud, sin embargo, siguen existiendo (OPS 2008; OMS 2019; Giovanella *et al.* 2021).

Otra arista crítica para considerar en el manejo de información es que la contrarreferencia desde niveles de mayor complejidad hacia las USF no existe prácticamente. Durante la pandemia esto se traduce en que se pierden oportunidades de prevención de circulación del virus y la posibilidad de ofrecer una atención integral en todas sus etapas (incluyendo seguimiento, prevención secundaria y terciaria, curación, rehabilitación).

Por lo demás, parecería que algunas USF funcionan teledirigidas desde los niveles central y regional, quienes son los que se quedan con la información de la localidad y establecen las metas poblacionales. Las acciones de los ESF se centran en particular en servicios de atención a la enfermedad,

ofreciendo fundamentalmente atención inmediata, siendo reactivos al problema, no proactivos, sin poder desarrollar todo su potencial.

Otro aspecto para señalar es que las USF no han sido beneficiadas con el programa de telemedicina, a pesar de que existe una ley que lo impulsa⁸. En terreno, lo que se percibió es que la telemedicina en las USF se realiza a medias, con los equipos informáticos y de comunicación propios de los profesionales, por lo cual no se pudieron implementar a cabalidad el agendamiento, las teleconsultas y el seguimiento telefónico de los pacientes, acciones contempladas en los protocolos como una forma de enfrentar la pandemia. Otra carencia identificada fue la no implementación de interconsulta por parte de los ESF a especialistas de la red, como una forma de elevar la calidad de atención a los pacientes y de implementar un continuo proceso de aprendizaje y mejora.

La participación local es muy pobre cuando existe. Este es otro aspecto que dificulta el cumplimiento del rol promocional y preventivo de los ESF. Esto es muy significativo en tiempos de pandemia, ya que, como se ha visto, las personas que se mantienen sanas tienen menos riesgos de desarrollar formas graves la enfermedad. Muchas USF centran su comunicación con la comunidad a través de las redes sociales, lo cual puede ser una gran oportunidad, no obstante, la comunicación que se da es más bien unidireccional, de tipo informativo, casi propagandístico, con un contenido muy limitado o casi ausente en cuanto a promoción y prevención.

Las directivas del nivel central de trabajar en cuadrillas al inicio de la pandemia, con la consiguiente reducción de las horas de atención médica, la indicación de no realizar visitas domiciliarias y la falta de equipamiento institucional para la telemedicina, dificultaron que el ESF brindara conti-

8 La Ley N.º 5482/2015 crea el Programa Nacional de Telesalud, a fin de facilitar “la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la telecomunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica”. Biblioteca y Archivo Central del Congreso de la Nación, <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/4465/ley-n-5482-crea-el-programa-nacional-de-telesalud>

nuidad de la atención a los pacientes, sobre todo a aquellos con ECNT. Y, si bien la cuarentena impidió que se realicen actividades y asambleas comunitarias participativas, este problema ya venía de antes: el hecho que de 10 USF solo una cuenta con un plan local de salud ratifica esta afirmación.

Los hallazgos de este estudio sugieren que la gestión territorial desde las USF es muy débil, a pesar de que ellas tienen la estructura para poder llevarla a cabo. Como ya se ha dicho, se mencionan cuatro condiciones básicas para la gestión territorial: el abordaje poblacional, el abordaje horizontal y descentralizado, el abordaje integral y la regulación de la oferta (Tobar, 2010).

Las USF tienen como fortaleza que pueden hacer un buen abordaje poblacional, definiendo con precisión áreas de influencia geográfica, identificando la población bajo su esfera de influencia y la responsabilidad que tienen sobre esa población. Casi todas las unidades visitadas contaban con mapas, censos actualizados e identificación de su población según dispensarización. Esto tiene una potencialidad que debe ser aprovechada, ya que en situaciones límites, como lo es una pandemia, es cuando las características de la APS cobran todo su valor y potencial. El ESF conoce al paciente y todo lo que le rodea, sus patologías previas, miedos y temores, así como sus recursos familiares y sociales, lo cual es fundamental para su tratamiento y para transmitirle la seguridad de que su médico de familia siempre estará dispuesto a acompañarle (OMC, 2020).

El abordaje horizontal y descentralizado es pobre. El modelo de atención centrado en la familia y la comunidad está aún lejos de ser implementado, ni siquiera están recogiendo información sobre satisfacción de los usuarios, mucho menos realizando asambleas participativas y articulación con los otros sectores involucrados en los cuidados y la protección social en el territorio.

Si bien está contemplada la descentralización, en terreno se ha observado que los Consejos Locales de Salud están desconectados de las USF: uno no se entera de lo que está haciendo el otro o bien las acciones se limitan a donaciones erráticas o a la contratación de algún personal.

Con respecto a la regulación de la oferta, las revisiones de ecología de la atención médica ratifican que es imprescindible contar con servicios de primer nivel muy próximos a donde vive la gente, pero no así servicios especializados y de complejidad, para acceder a los cuales debe contarse con un fuerte sistema de referencia y contrarreferencia (Tobar, 2010).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las USF tienen la estructura y organización necesarias para hacer de primera línea de detección y contención de la población en casos de pandemia. Sin embargo, no están siendo consideradas en todo su potencial y no cuentan con condiciones para dar la respuesta desde el primer nivel de atención que el país necesita.

Como las USF tienen una alta capacidad para convertirse en puertas de entrada del sistema, deberían ser actores clave en la prevención y el corte de circulación del virus. Igualmente, podrían manejar con más protagonismo los cuadros leves y contactos, a fin de descomprimir los hospitales y reservarlos para los casos graves.

Así como sucede en muchos otros países, en Paraguay se está subestimando la capacidad de los servicios de atención primaria en el territorio, a pesar del enorme alcance positivo que podrían tener si se realizara efectivamente la tan imprescindible gestión territorial, de tal manera que los recur-

Los existentes para dar respuesta a las necesidades de las personas hagan sinergia y se aborden los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

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

Por todo esto, se hace impostergable lograr que el país cuente con al menos 1.800 USF con infraestructura, logística y ESF completos.

A continuación, se brindan las recomendaciones más importantes para fortalecer a las USF, mitigando las brechas identificadas.

- Destinar al menos el 30% del presupuesto total del MSPBS a la estrategia de APS.
- Instalar las USF que faltan para cubrir todo el territorio nacional, con al menos un total de 1.800 unidades.
- Realizar una reingeniería de los programas existentes, de tal manera que el abordaje sea efectivamente por ciclos de vida y de manera integrada.
- Dotar a todas las USF del número adecuado de profesionales para que puedan cumplir con las funciones que les fueron asignadas. En parte, esto se podría lograr incorporando a los profesionales antiguos que actualmente están asignados a las USF, pero no trabajan en la estrategia.
- Adecuar las instalaciones físicas de todas las USF que hoy son consideradas “sin infraestructura para brindar atención en espacios diferenciados a pacientes con síntomas respiratorios”, mediante la instalación de carpas o realizando modificaciones mínimas para poder atender a toda la población en forma segura y sin discriminación.
- Disponer de una red de transporte local accesible para la pronta y segura referencia de pacientes críticos, para organizar las atenciones extramurales y a las comunidades alejadas, así como para realizar

las múltiples gestiones administrativas. (Para ello se podría apelar al apoyo intersectorial, consejos de salud, gobiernos locales y otros).

- Contar con medios de comunicación institucional (teléfonos, Internet, computadoras) que posibiliten la interacción más fluida entre los profesionales con la población por un lado y con las demás instancias de la red (envío de informes, interconsultas, referencias, contrarreferencias, etc.).
- Hacer un análisis del tipo (o modelo) de atención que hoy está brindando la red de APS en el Paraguay y establecer el modelo al que se debería apuntar. Esto implica escuchar todas las voces: lograr una participación activa de parte de los profesionales –tanto de nivel gerencial como los que realizan las actividades asistenciales–, además de los líderes comunitarios y la población en general.
- Encarar el trabajo de las USF desde la perspectiva de la gestión del territorio social.
- Incluir en la agenda la estrategia de APS, considerando que el COVID-19 se volverá endémico y los hospitales no podrán cubrir todas las necesidades. La estrategia deberá aplicarse no solo para la detección, el seguimiento y la contención de los pacientes respiratorios, sino más bien para asegurar la atención oportuna y continua de la población toda desde la perspectiva de la determinación social de la enfermedad. Los niños, adolescentes, las embarazadas y los pacientes con ECNT no deben seguir siendo descuidados y, justamente, son las USF las instancias que deberían actuar como barrera de contención.
- Sistematizar y fortalecer los espacios de discusión y análisis de la situación epidemiológica y de salud/enfermedad de la población asignada, tanto al interior de los ESF como a nivel local, regional, de programas específicos y, sobre todo, compartir los hallazgos y la información actualizada con la población. Utilizar los datos para la planificación participativa. Esto podría ayudar a mitigar las noticias falsas y las posturas negacionistas.

- Capacitación al personal y adecuación de infraestructura para lograr la apropiación y la incorporación paulatina de la telemedicina en toda su dimensión (consultas, seguimiento, búsqueda activa, interconsultas, videoconferencias, agendamientos).
- Desarrollar y aplicar periódicamente herramientas de control de calidad de la atención que brindan las USF en todas sus dimensiones, a fin de ajustar los procesos que requieran mejorar, apoyar a los ESE, contar con una retroalimentación y lograr el reconocimiento de su tarea.
- Potenciar la utilización de los recursos de comunicación locales, radios, canales de TV para la llegada de la información.

BIBLIOGRAFÍA

- Borde, E. y Torres Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate/Rio de Janeiro*, V. 41, N. Especial, pp. 264-275.
- Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC). (2020). *Encuesta Permanente de Hogares*. <https://www.dgeec.gov.py/datos/encuestas/eph/>
- Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC). (2019). *Encuesta Permanente de Hogares*. <https://www.dgeec.gov.py/datos/encuestas/eph/>
- Donabedian, A. (2001). Evaluación de la calidad de atención médica. *Revista de Calidad Asistencial*, V.16, suplemento n° 1. <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- Escudero J., y Gutiérrez, L. (2008). El estudio de caso como estrategia de investigación en las ciencias sociales. *Ensayos de Ciencia Administrativa*. <https://www.uv.mx/iiesca/files/2012/12/estudio2008-1.pdf>
- Feo, O. (2020, 20 de agosto de 2020). Mitos y verdades sobre sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS). *Curso “Miradas Críticas a la Salud Pública: Políticas y desafíos”*. Módulo III. [video]. Facebook. <https://www.facebook.com/ALAMESParaguay/posts/1789846187854859>
- Feo, O. (2019). *De la APS al Cuidado Integral de la Salud. Reflexiones para pensar en la gestión, la participación y en la sistematización de experiencias desde la perspectiva de la salud colectiva*.
- Feo, O. (2012). Dialogando con Mario Rovere sobre el artículo “Atención Primaria de Salud en Debate”. *Saúde em Debate*, Vol. 36, Nro. 94, pp. 352-354.
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, Vol. 30 (2): 179 a 183. <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214.pdf>

- Giovanella, L. *et al.* (2021). ¿Es la Atención Primaria de Salud Integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, V. 19, 2021, e00310142. doi: 10.1590/1981-7746-sol00310
- Gómez, C. y Guillén, C., (2017). Cap. 1 Acceso a servicios de salud y equidad tributaria. En Rivarola, M. (Coord.). *Fiscalidad para la equidad, tomo II* (pp. 9-47). Decidamos/CADEP.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social - Presidencia de la Nación Argentina. (2016). *Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención*. <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327842/res1737.pdf>
- Ministerio de Salud de Perú - Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación (2002). *Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud*. <http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/Plan%20Mejora%20Web/Estandar1erNivel2003.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2021). *Resolución S. G. N.º 0043 (con anexo) Por la cual se aprueba el Plan Nacional de Vacunas contra el COVID 19*.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2020a). *Boletín epidemiológico Edición 43*. Dirección General de Vigilancia de la Salud. http://www.vigisalud.gov.py/files/boletines/SE43_2020_Boletin.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2020b). *Protocolo para manejo en el primer nivel de atención - Unidad de salud de la familia (USF) ante el síndrome respiratorio agudo grave (SARS cov 2)*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/8ccd21-ProtocoloUSF.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2019). *Manual de organización de los servicios de salud en el marco de la RISS*.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2018). *Cuentas de Salud 2018 Paraguay*. Dirección de Economía de la Salud. Dirección General de Planificación y Evaluación.

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2017). Guía de trabajo en Atención Primaria de Salud. <http://www.mspbs.gov.py/aps/>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2016). *Manual de Funciones de las USF*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/7aa3c3-ManualdefuncionesdelasUSF1.pdf>
- Necochea, E. y Bossemeyer, D. (2007). *Gerencia y Reconocimiento Basado en Estándares. Una guía de campo*. USAID /Jhpiego. Segunda edición. https://resources.jhpiego.org/system/files/resources/SMB_R_Spanish_FINAL.pdf
- Observatorio Global de Salud Italiano (2008). De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud. *Medicina Social*, volumen 3, número 1. Base de datos de: www.medicinasocial.info
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025*. 71.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. Un enfoque práctico para elaborar políticas y estrategias destinadas a mejorar la calidad de la atención*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49549/9789241565561_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Alma Ata. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no trans-*

misibles durante la Pandemia de COVID-19 en las Américas. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVC0-VID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Día Mundial de la Salud: OPS hace un llamado por el acceso equitativo a la atención de salud. https://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=2141:dia-mundial-de-la-salud-ops-hace-un-llamado-por-el-acceso-equitativo-a-la-atencion-de-salud&Itemid=0

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. ISBN 978-92-75-33262-7.

Organización Médica Colegial de España (OMC). (2020). *Comunicado Vocales Atención Primaria. Inmensa y callada labor de Atención Primaria contra el COVID-19.* <http://www.medicosypacientes.com/articulo/inmensa-y-callada-labor-de-atencion-primaria-contra-el-covid-19>

Perrotta, M. y Navarro, E. (2018). *Un nuevo paradigma para gestionar y entender la salud en Paraguay: memoria de la implementación de las políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad*. Arandurã.

Santos, M. (2005). O retorno do território. *OSAL: Observatorio Social de América Latina*. Año 6 no. 16 (jun. 2005-). <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>

Sequera, G. (2020, 15 de octubre de 2020). COVID 19 Desafíos en contexto pandémico. *Curso Miradas Críticas a la Salud Pública: Políticas y desafíos. Módulo IV*. [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3Ub38-sa93M>

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

Tobar, F. (2010). Gestión territorial en salud. En Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Comps.). *Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos*. Universidad Nacional General Sarmiento. Instituto del Conurbano. pp. 15-44.



ANEXOS



ANEXO 1

GUÍA DE EVALUACIÓN DE UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA (USF) PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN ASIGNADA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
ESTRUCTURALES		
Cuenta con un equipo completo de salud de la familia que cumple 40 horas semanales	1. Médica/o	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Equipo de Salud de la Familia (ESF) estándar, p. 23
	2. Licenciado/a en enfermería u obstetricia	
	3. Técnico/a en enfermería u obstetricia	
	4. Polivalente o administrativo/a	
	5. Agentes comunitarios	
El establecimiento de salud puede organizar la atención en espacios diferenciados a pacientes con IRA y no IRA según normativa vigente	1. Puesto/mesa para <i>triage</i> (a la entrada)	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 6
	2. Dos accesos: IRA y no IRA	
	3. Salas de espera IRA y no IRA	
	4. Consultorios diferenciados: IRA y no IRA	
El establecimiento de salud dispone de medicamentos e insumos suficientes para manejo de IRA y no IRA	1. Insumos: Lavamanos Jabón Alcohol Papel Basurero con pedal Tapabocas para pacientes	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 6
	2. Elementos de bioseguridad Anexo 2	"Asegurar la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos acorde al perfil de morbimortalidad de cada establecimiento, por ello el nivel central y sus representantes regionales dispondrán lo necesario para implementarlo". Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, p. 17
	3. Medicamentos e insumos específicos para manejo de COVID-19 Anexo 3	

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
La USF dispone de medios de transporte para realizar las visitas domiciliarias y las referencias de pacientes	1. Disponibilidad de medio de transporte operativo y equipado con al menos una camilla y con oxígeno de transporte para la referencia las 24 horas (propio o en articulación con otras instancias)	"Disponibilidad de medios de transporte y comunicación que asegure la continuidad de la atención en especial de los casos de emergencia en toda la red de servicios según niveles de complejidad requeridos, en función de la necesidad del paciente. Los medios de comunicación o transporte no son necesariamente de propiedad del establecimiento de salud". Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, pp. 17-18
	2. Disponibilidad de al menos 1 vehículo institucional para las visitas domiciliarias	"Para la habilitación de la USF móvil es indispensable un vehículo con provisión de combustible". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Equipo de Salud de la Familia (ESF) estándar, p. 23
La USF dispone de medios de comunicación operativos y equipados para agendamiento, seguimiento y referencia de pacientes	1. Disponibilidad de al menos una línea telefónica institucional	"Disponibilidad de medios de transporte y comunicación que asegure la continuidad de la atención en especial de los casos de emergencia en toda la red de servicios según niveles de complejidad requeridos, en función de la necesidad del paciente". Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, pp. 17-18
	2. Disponibilidad de Internet institucional	"Elementos del Sistemas de información y comunicación: Conectividad e infraestructura informática". Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación Argentina (2016). Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención, Grupos de elementos de evaluación; Gestión y organización, p. 11
	3. Disponibilidad de al menos 1 computadora institucional	
	4. Disponibilidad de computadoras institucional en red con el nivel regional para referencia y/o telemedicina	
PROCESO		
El 100% del personal de salud de la USF recibió capacitación en el manejo de COVID-19	Fueron capacitados en el manejo de COVID-19:	"Capacitación permanente en servicio de los equipos de salud familiar y comunitaria". Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación Argentina (2016). Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención, Grupos de elementos de evaluación; Gestión y organización, pp. 6 y 11
	1. Médicas/os	
	2. Personal de enfermería	
	3. Agentes comunitarios	
	4. Personal administrativo	

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
El personal de salud de la USF recibe acompañamiento, contención, apoyo del nivel superior	Asistencia psicológica grupal/individual	“El monitoreo de las USF y sus ESF será responsabilidad del Departamento Regional de APS, sobre la base del cumplimiento de los indicadores de gestión, de proceso y de satisfacción de los usuarios, de las Políticas Públicas y Estrategias Nacionales de Salud. Se debe realizar visitas periódicas de monitoreo y supervisión capacitante a los ESF, coordinar y brindar capacitación en servicio y de acuerdo a necesidades del ESF, para el mejoramiento continuo del desempeño”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF), pp. 59-60
	Acompañamiento del superior	
La USF tiene identificada, mapeada y dispensarizada al 100% de su población asignada	1. Territorialización (mapa)	“La territorialización es una herramienta de abordaje para ver y transformar la realidad, para crear capacidades nuevas, empoderarse colectivamente y generar los cambios y así dar respuesta a las necesidades de la gente. La misma permite materializar la responsabilidad social y sanitaria de los equipos de salud de la familia haciendo posible ordenar la acción y planificar en base a las necesidades detectadas en el territorio. Es en el territorio social donde se desarrollarán las acciones del ESF y de otras instituciones del Estado pues es el espacio natural de intervención de las personas, donde transcurre sus vidas. El proceso de Territorialización permite conocer y entender los problemas generales, identificar los problemas de salud indagando sus causas más profundas, y construir una base de datos que posibilite la vigilancia epidemiológica en la comunidad, para lo cual es necesario el censo y mapeo sanitario de las familias”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Guía de Trabajo de las Unidades de Salud de la Familia, p. 22
	2. Censo	“Relevamiento de datos demográficos, socioeconómicos, de salud y enfermedad de una familia”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Guía de Trabajo de las Unidades de Salud de la Familia, p. 30

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
	3. Dispensarización	"Consiste en la evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social, con el propósito de influir en su mejora mediante la planificación y el desarrollo de acciones que contribuyan a ello. Grupos Dispensariales I: Aparentemente sanos, II Con factores de riesgo, III Enfermos, IV Con discapacidad". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Guía de Trabajo de las Unidades de Salud de la Familia, p. 39
	4. Clasificación por vulnerabilidad	"La noción de vulnerabilidad social ayuda a identificar a grupos sociales, hogares e individuos, que, por su menor disponibilidad de activos materiales y no materiales, quedan expuestos a sufrir alteraciones bruscas y significativas en su calidad de vida Clasificación: Muy baja y baja, 1 Visita por año, Media 2 Visitas por año, Alta 3 Visitas por año". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Guía de Trabajo de las Unidades de Salud de la Familia, pp. 73 y 76
La USF cuenta con herramientas para la evaluación sobre la calidad de atención que brinda a sus usuarios	1. Existen buzones de sugerencia y/o encuestas de satisfacción para los usuarios	"Se cuenta con mecanismos operativos de escucha al usuario". Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, p. 23
El Equipo de Salud de la Familia (ESF) ofrece continuidad de la atención a los pacientes según dispensarización de población asignada en cualquiera de las modalidades disponibles (telefónica, domiciliar o presencial en el servicio de salud)	1. Se realizan consultas para dar continuidad de la atención a los pacientes no IRA	"Dar continuidad y garantizar los Servicios Esenciales principalmente vacunación, control prenatal, planificación familiar, PANI, Enfermedades Crónicas No Transmisibles y otro, según necesidad de la comunidad". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 6
	2. Se garantiza la provisión regular de los medicamentos a los pacientes con ECNT	"Asegurar la disponibilidad de medicamentos, insumos y equipos acorde al perfil de morbimortalidad de cada establecimiento, por ello el nivel central y sus representantes regionales dispondrán lo necesario para implementarlo". Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, p. 17

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
	3. Cantidad de vacunación según metas	<p>“Dar continuidad y garantizar los Servicios Esenciales principalmente vacunación, control prenatal, planificación familiar, PANI, Enfermedades Crónicas No Trasmisibles y otro, según necesidad de la comunidad. Designar al Licenciado/a de la USF para las atenciones convencionales”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 6</p> <p>“Proceder a la detección de situaciones de riesgo e identificación de población fragilizada. Ej.: sintomáticos respiratorios, embarazadas, desnutridos, niños sin vacunas, diarreas, pobres extremos, etc. Captación de Sintomáticos Respiratorios. Registrar los datos necesarios en las planillas de detección y seguimiento, referenciar los mapas de acuerdo a los datos relevados”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF), p. 51</p> <p>“Sensibilizar sobre la importancia del aislamiento social y evitar aglomeración de personas. Orientar sobre medidas de bioseguridad en la casa, especialmente la insistencia en el lavado de manos, la utilización correcta de mascarillas Qx. y la etiqueta de la tos. Concienciar sobre la importancia del aislamiento en el domicilio de las personas con síntomas relacionados al COVID-19 y brindar recomendaciones sobre los cuidados durante el aislamiento domiciliario”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 8</p>
	4. Prenatal	
	5. Los agentes comunitarios de salud de la USF realizan visitas domiciliarias para búsqueda activa comunitaria	
	6. Educación y consejería (orientaciones para promover prevención y/o adhesión a recomendaciones o tratamientos para IRA)	
El ESF ofrece continuidad de la atención a los pacientes con COVID-19 y otras IRA con cualquiera de las modalidades disponibles (telefónica, domiciliar o presencial)	1. El médico de la USF realiza consultas domiciliarias, telefónicas o presenciales en la USF para evaluación integral y seguimiento de los pacientes con COVID-19	“Designar al Médico/a de la USF para la atención de IRAS”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 8

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
	2. El médico de la USF realiza el seguimiento –tanto telefónico como presencial, domiciliario o en la USF– de los contactos estrechos y de los casos sospechosos	
La USF realiza agendamiento, consultas y seguimiento telefónico	1. El personal de salud realiza el agendamiento telefónico	<p>“Telemedicina: Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la telecomunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica”. (Ley N.º 5482/2015 “Que crea el Programa Nacional De Telesalud)</p> <p>“Generar un sistema de agendamiento para las consultas convencionales en las USF que cuentan con infraestructuras adecuadas. Potenciar la consulta telefónica sobre las consultas presenciales, en las USF sin infraestructuras adecuadas”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2), p. 7</p>
	2. Consultas y seguimiento telefónico	
	3. Se expiden recetas electrónicas	
La USF se articula y organiza funcionalmente con la red de servicios del MSPBS	1. Se implementa la referencia de pacientes con IRA/COVID-19	<p>“Cumplir los lineamientos del Sistema de Referencia y Contrarreferencia del MSPyBS, para la atención de los miembros de la familia y la protección de la salud de la población a nivel territorial”. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF), p. 20</p> <p>“Busca garantizar que las referencias de los pacientes se realicen cuando sea necesario, en el momento adecuado y cumpliendo las normas para llevar a cabo este procedimiento, evitando incrementar el riesgo de secuelas o muerte en el paciente”. Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, p. 20</p>
	2. Reciben la contra referencia de pacientes con IRA/COVID	
	3. La población asignada accede a las pruebas de PCR SARS-CoV-2 según protocolo vigente	

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
	4. El equipo de salud de la familia accede a interconsultas con especialistas (telemedicina)	"Expandir la política de Telesalud para acortar las brechas de acceso a especialistas". Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación Argentina (2016). Plan de evaluación y mejora de la calidad en el primer nivel de atención, Grupos de elementos de evaluación; Gestión y organización, p. 6
La USF se articula y organiza funcionalmente para brindar atención integral a la familia y a la comunidad	1. Articulación del establecimiento de salud con su comunidad y/o con los actores comunitarios clave para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad	"Desarrollar procesos de promoción de la salud, divulgación y socialización del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario, a nivel local con la población, creando alianzas con los actores sociales del área de responsabilidad. Realizar procesos de integración y coordinación interinstitucional e intersectorial para la provisión de servicios de salud a las familias y comunidades, y la construcción participativa de Políticas Públicas saludables a nivel local". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF), p. 20 "Articular estrategias con ONG que favorezcan a disminuir las vulnerabilidades de las comunidades relacionadas a las IRAS. Articular estrategias con el Gobierno Local, con líderes comunitarios, además, realizar alianzas con actores interinstitucionales e intersectoriales para la mitigación de la situación epidemiológica". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 11
La USF determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad	1. LA USF cuenta con un plan local de salud participativo	"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". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF), p. 43 "El E.S. determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad". Ministerio de Salud de Perú (2002). Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación Estándares de calidad para el primer nivel de atención en salud, p. 25

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
PROMOCIÓN		
El equipo de la USF implementa actividades de comunicación para la promoción y prevención	1. Número telefónico socializado de la USF o de algún personal de salud asignado	"Disponer un número de contacto para recibir y solicitar información sobre la organización, disposiciones y actividades del Equipo de Salud de la Familia". Socializar el número de contacto de la USF, para solicitar información, reportar situaciones relacionadas al COVID-19 y realizar consultas médicas telefónicas". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 9
	2. Los servicios de salud cuentan con carteles informativos visibles	"Colocación de Información visual (carteles) en lugares estratégicos en el acceso de la USF para que la población pueda visualizar el circuito diferenciado para las personas con Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 11
	3. Difusión y socialización de información acerca de COVID-19 a nivel comunitario a través de los medios de comunicación que estén a su alcance (radio, redes sociales)	"Desarrollar actividades de comunicación con radios locales para mantener informada a las comunidades de la situación epidemiológica, actividades a realizar y sistemas de trabajo de acuerdo a la clasificación de infraestructuras de servicios de salud". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 9
RESULTADOS		
La USF detecta y/o conoce oportunamente a pacientes con COVID-19 positivos de su territorio y realiza el rastreo de contactos cercanos	1. Cantidad de pacientes sospechosos de COVID-19 detectados en la USF	"Implementar el sistema de información estadística y de vigilancia epidemiológica, con enfoque sectorial y comunitario en su territorio (sala de situación de cada USF)". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2016). Dirección General de Atención Primaria de la Salud Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia (USF), p. 20

Estándar	Indicadores	Definición y fuentes
	2. Cantidad de pacientes con diagnóstico de COVID-19 detectados por la USF	"Llenado correcto de la ficha epidemiológica. Notificar a la Unidad Epidemiológica Regional (UER)". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2), p. 10
La USF conoce la evolución de los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19	Relación enfermos activos/enfermos recuperados	"Llenado correcto de la ficha epidemiológica. Notificar a la Unidad Epidemiológica Regional (UER)". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2), p. 10
La USF brinda atención oportuna a pacientes no COVID-19	Número de consultas de pacientes conocidos con: HTA Diabetes Obesidad EPOC en seguimiento	"Dar continuidad y garantizar los Servicios Esenciales principalmente vacunación, control prenatal, planificación familiar, PANI, Enfermedades Crónicas No Transmisibles y otro, según necesidad de la comunidad". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Manejo en el Primer Nivel de Atención - Unidades de Salud de la Familia (USF), ante el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS-CoV-2). Consideraciones Generales, p. 6 "Seguimiento de la persona según clasificación en grupos dispensariales estableciendo planificación de la atención e intervenciones en consideración al estado de salud de las personas". Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2017). Dirección de Atención Primaria de la Salud. Guía de Trabajo de las Unidades de Salud de la Familia, p. 44

ANEXO 2

GUÍA DE EVALUACIÓN DE UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA (USF) PARA DAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN ASIGNADA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19⁹

Estándar	Indicadores	Medios de verificación	Sí, no, no aplica Comentarios
1. Cuenta con un equipo completo de salud de la familia que cumple 40 horas semanales 5 puntos	1. Médica/o	Entrevista con los funcionarios Listado de recursos humanos con carga horaria	
	2. Licenciado/a en enfermería u obstetricia		
	3. Técnico/a en enfermería u obstetricia		
	4. Polivalente o administrativo/a		
	5. Agentes comunitarios		
2. El establecimiento de salud puede organizar la atención en espacios diferenciados a pacientes con IRA y no IRA según normativa vigente 4 puntos	1. Puesto/mesa para <i>triage</i> (a la entrada)	Observación directa	
	2. Dos accesos: IRA y no IRA	Entrevista con los funcionarios	
	3. Salas de espera: IRA y no IRA		
	4. Consultorios diferenciados: IRA y no IRA		

9 Esta guía ha sido elaborada con base fundamentalmente al *Protocolo para manejo en el primer nivel de atención- Unidad de salud de la familia (USF) ante el síndrome respiratorio agudo grave (SARS cov 2)* (MSPBS 2020); al *Manual de Funciones de las USF* (MSPBS, 2016); y la guía *Gerencia y Reconocimiento Basado en Estándares. Una guía de campo* (Necochea y Bossemeyer, 2007).

Estándar	Indicadores	Medios de verificación	Sí, no, no aplica Comentarios
3. El establecimiento de salud dispone de medicamentos e insumos suficientes para manejo de IRA y no IRA 3 puntos	1. Insumos: Lavamanos Jabón Alcohol Papel Basurero con pedal Tapabocas para pacientes	Observación directa Chequeo de los listados 1 y 2	
	2. Elementos de bioseguridad Listado 1		
	3. Medicamentos e insumos específicos para manejo de COVID-19 Listado 2		
4. La USF dispone de medios de transporte para realizar las visitas domiciliarias y las referencias de pacientes 2 puntos	1. Disponibilidad de medio de transporte operativo y equipado con al menos una camilla y con oxígeno de transporte para la referencia las 24 horas (propio o en articulación con otras instancias)	Entrevista con los funcionarios	
	2. Disponibilidad de al menos 1 vehículo institucional para las visitas domiciliarias		
5. La USF dispone de medios de comunicación operativos y equipados para agendamiento, seguimiento y referencia de pacientes 4 puntos	1. Disponibilidad de al menos una línea telefónica institucional	Entrevista con los funcionarios	
	2. Disponibilidad de Internet institucional		
	3. Disponibilidad de al menos 1 computadora institucional		
	4. Disponibilidad de computadoras institucional en red con el nivel regional para referencia y/o telemedicina		
6. El 100% del personal de salud de la USF recibió capacitación en el manejo de COVID-19 4 puntos	Fueron capacitados en el manejo de COVID-19: 1. Médicas/os	Entrevista con los funcionarios	
	2. Personal de enfermería		
	3. Agentes comunitarios		
	4. Personal administrativo		

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

Estándar	Indicadores	Medios de verificación	Sí, no, no aplica Comentarios
11. El Equipo de Salud de la Familia ofrece continuidad de la atención a los pacientes con COVID-19 y otras IRA con cualquiera de las modalidades disponibles (telefónica, domiciliar o presencial en el servicio de salud) 2 puntos	1. El médico de la USF realiza consultas domiciliarias, telefónicas o presenciales en la USF para evaluación integral y seguimiento de los pacientes con COVID-19	Entrevista con los funcionarios Registro de consultas SAA	
	2. El médico de la USF realiza el seguimiento de los contactos estrechos y de los casos sospechosos tanto telefónico como presencial, domiciliario o en la USF		
12. La USF realiza agendamiento, consultas y seguimiento telefónico 3 puntos	1. El personal de salud realiza el agendamiento telefónico	Entrevista con los funcionarios Registro de consultas SAA	
	2. Consultas y seguimiento telefónico		
	3. Se expiden recetas electrónicas		
13. La USF se articula y organiza funcionalmente con la red de servicios del MSPBS 4 puntos	1. Se implementa la referencia de pacientes con IRA/COVID-19	Entrevista con los funcionarios	
	2. Reciben la contra referencia de pacientes con IRA/COVID-19	Observación directa	
	3. La población asignada accede a las pruebas de PCR SARS-CoV-2 según protocolo vigente	Hoja de Referencia y Contrarreferencia	
	4. El equipo de salud de la familia accede a interconsultas con especialistas (telemedicina)		
14. La USF se articula y organiza funcionalmente con la comunidad para brindar atención integral a la familia y a la comunidad 1 punto	1. Articulación del establecimiento de salud con su comunidad y/o con los actores comunitarios clave para brindar atención integral a la persona, familia y comunidad	Entrevista con los funcionarios Registro de actividades comunitarias	
15. La USF determina prioridades, formula y evalúa su plan local de salud con participación de la comunidad 1 punto	1. La USF cuenta con un plan local de salud participativo	Entrevista con los funcionarios Observación directa del Plan existente	

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

Listado 1

Equipos de bioseguridad para protección ante COVID-19

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

Listado 2

Equipos médicos e insumos para COVID-19 en la USF

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

Listado 3

Medicamentos para ECNT

ANALGÉSICOS / ANTIINFLAMATORIOS / ANTIPIRÉTICOS		
Paracetamol	comp.	500 mg
Paracetamol	gotas	200 mg
Dipirona	comp.	500 mg
Dipirona	gotas	500 mg
Dipirona	amp.	1 g
Ibuprofeno	comp.	400 mg
Ibuprofeno	jarabe	200 mg
Diclofenac	comp.	50 mg
Diclofenac	amp.	75 mg
Ketorolac	comp.	20 mg
Ketorolac	amp.	60 mg
ANTI-HTA / DIURÉTICOS		
Enalapril	comp.	20 mg
Enalapril	comp.	10 mg
Amlodipina	comp.	10 mg
Losartan	comp.	50 mg
Valsartán	comp.	160 mg
Atenolol	comp.	50 mg
Furosemida	comp.	40 mg
Furosemida	amp.	
Carvedilol	comp.	6,25 mg / 12,5 mg

HIPOGLICEMIANTES		
Metformina	comp.	500 mg
Metformina	comp.	850 mg
Glimepirida	comp.	2 mg
Glimepirida	comp.	4 mg
Insulina NPH	amp.	
Insulina Cris- talina	amp.	
Insulina Gliar- gina	amp.	100 U
HIPOLIPEMIANTES / ANTIAGREGANTE		
Atorvastatina	comp.	20 mg
AAS 125	comp.	125 mg

ANEXO 3

Listado de actores claves entrevistados a profundidad

- Entrevistado 1: Lideresa indígena
- Entrevistado 2: Lideresa campesina
- Entrevistado 3: Agente comunitario de salud de la USF
- Entrevistado 4: Director de Región Sanitaria
- Entrevistado 5: Concejal Departamental
- Entrevistado 6: Médico de la USF
- Entrevistado 7: Coordinadora Regional de APS
- Entrevistado 8: Representante de la Dirección de APS del MSPBS
- Entrevistado 9: Enfermera de una USF
- Entrevistado 10: Director General de Vigilancia de la Salud del MSPBS

Anexo 4.

Cumplimiento de estándares de cada USF visitada

N.º de estándar	Descripción del estándar	Cantidad de indicadores del estándar	USF Mixta					USF Estándar				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estándares de estructura												
1	ESF completo	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4
2	Espacios diferenciados	4	0	1	1	0	2	3	4	2	0	3
3	Medicamentos contra COVID-19	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	2
4	Transporte	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
5	Teléfono, Internet	4	0	4	0	1	4	4	4	3	3	1
Estándares de proceso												
6	Capacitación en COVID-19	4	4	1	4	4	4	4	2	4	4	2
7	Acompañamiento y atención al ESF	2	0	1	0	0	0	1	0	2	1	1
8	Población censada, mapeada, dispensarizada	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4

N.º de estándar	Descripción del estándar	Cantidad de indicadores del estándar	USF										
			Mixta 1	Mixta 2	Móvil 3	Estándar 4	Estándar 5	Mixta 6	Estándar 7	Móvil 8	Estándar 9	Estándar 10	
9	Consulta de satisfacción al usuario	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Continuidad de atención según dispensarización	6	4	5	4	3	3	5	6	4	6	3	4
11	Continuidad de atención COVID-19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	Agendamiento y seguimiento telefónico	3	1	2	1	2	2	1	2	2	2	0	2
13	Articulación con la red de servicios	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1
14	Articulación con la comunidad	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0
15	Tiene plan local de salud	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Comunicación para prevención y promoción	3	2	2	1	1	1	3	3	3	2	1	3

N.º de estándar	Descripción del estándar	Cantidad de indicadores del estándar	USF Mixta	USF Móvil	USF Estándar	USF Estándar	USF Mixta	USF Estándar	USF Móvil	USF Estándar	USF Estándar	USF Estándar
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Estándares de resultados												
17	Conoce a los COVID-19 positivos de su territorio	2	2	2	2	0	2	1	2	NA	2	2
18	Conoce la evolución de los COVID-19 positivo de su territorio	1	1	1	1	0	1	0	1	NA	1	1
19	Atención oportuna a pacientes no COVID-19	1	1	1	1	sin datos	0	0	1	0	sin datos	sin datos
Estándares cumplidos en todos sus indicadores/total de estándares			8/19	9/19	7/19	5/19	9/19	6/19	9/19	1/16	5/19	
% de cumplimiento			42%	47%	37%	26%	47%	32%	47%	6%	26%	

Este Proyecto es cofinanciado
por el Consejo Nacional de
Ciencia y Tecnología - CONACYT
con apoyo del FEEI.



Atención primaria de
la **salud en pandemia**