

Intercambio III.2-2.08 – Eurosociu Salu

**El primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud:
posibilidades y límites en Paraguay**

Dossier Nacional sobre la APS como puerta de entrada al sistema de salud

1. PROVISIÓN DE LA APS - INSTITUCIONES Y SERVICIOS

¿Cuáles son las instituciones encargadas de la APS y a qué población se destinan?

La institución encargada de las APS en Paraguay es el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Atención Primaria de Salud.

¿Cuáles son los tipos de unidades de salud que brindan APS?

Estamos iniciando con una nueva política de Atención Primaria con la formación de Unidades de Salud de la Familia, que esta conformado por un equipo de profesionales e incluye agentes comunitarios, con un territorio determinado, y una población asignada de 3.200 habitantes aproximadamente a su cargo.

¿Cómo están constituidos los equipos profesionales que brindan APS?

El equipo de salud de la Familia esta conformada por 1 (un) Medico, 1 (una) Lic. En enfermería u Obstetricia, y una auxiliar o técnico superior de enfermería, y donde es posible con agentes comunitarios 5 (cinco) agentes por USF (Unidad de Salud de la Familia)

¿Cuáles son las acciones/actividades/programas **individuales y colectivos** (promoción, prevención, cura, rehabilitación y cuidados paliativos) realizados en los servicios de APS?

ACTIVIDADES EN LA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

1. Recepción, registro y consultas.
2. Acciones individuales y/o colectivas de prevención de la salud
3. Consultas medicas y de enfermería
4. Consultas y procedimientos odontológicos
5. Extracción de material para exámenes laboratoriales, (estudios clínicos, PAP, etc)
6. Realización de partos normales
7. Realización de procedimientos y cuidados de enfermería
 - Inmunizaciones
 - Nebulizaciones
 - Cirugías menores, Curaciones, etc.
 - Administración de medicamentos
 - TRO, etc.
8. Atención médica y de enfermería de urgencias.
9. Control y referencias a niveles superiores las urgencias y emergencias, a los servicios de mayor complejidad.
10. Censo de la comunidad
11. Charlas educativas e información a la comunidad
12. Diálogo permanente con líderes y referentes de la comunidad.
13. Entrevista y diálogo permanente con parteras y médicos tradicionales de la comunidad.
14. Detección de riesgos y población fragilizada. Ej. Sintomáticos respiratorios, embarazadas de riesgo, desnutridos, niños sin vacunas, diarreas, pobres extremos, etc.
15. Identificación de síntomas de alarma para la salud individual y colectiva
16. Identificación de condicionantes críticos para la salud comunitaria (agua , saneamiento básico, escasez de alimentos, etc.)
17. Participar de las capacitaciones.
18. Participar de la planificación de las acciones comunitarias.
19. Acompañar las jornadas de atención comunitarias, participar de las consultas
20. Apoyar las actividades comunitarias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades (vacunaciones, control de peso y talla, control a embarazadas, eliminación de criaderos de mosquitos, etc.)

21. Ejercer la vigilancia epidemiológica comunitaria
22. Acompañar los pacientes a los centros de referencia en caso necesario
23. Visitas domiciliarias
24. Llevar un registro diario e informe de sus actividades.
25. Sujeto a monitoreo y evaluación comunitaria.
26. Promover la integración intersectorial, con entidades afines a la salud y/o que afecten a la salud de la población.

2. MECANISMOS DE ACCESO Y EXISTENCIA DE CO-PAGOS

Para que los servicios de APS puedan constituirse en la puerta de entrada preferencial del sistema de salud necesitan ser accesibles, entendiendo la accesibilidad de los servicios de salud en sus diversas dimensiones: financiera, geográfica, organizacional y cultural.

Accesibilidad financiera: acceso gratuito o mediante pago

¿Hay co-pagos en los servicios de APS? (valores, tipos de servicios con co-pagos, reglas de exclusión)

En el Paraguay se instalo desde agosto 2008 las APS, en donde los servicios son gratuitos.

Accesibilidad geográfica

Distribución de los servicios de APS en el país. Tiempo de locomoción de la población hasta las unidades primarias de salud. ¿Hay reglas para garantizar la proximidad de los servicios APS donde vive y trabaja la población? Cuáles?

Cada unidad tiene a su cargo de 3.200 a 4.000 htes. Lo que acerca mucho a su lugar de residencia, las policlínicas de especialidades, que son referencias para las USF, no deben estar a mas de 40 km en zonas rurales o 30 minutos en móvil. Se planifica tener móviles para traslado de pacientes en todas las policlínicas, estas policlínicas deben abarcar a mas o menos 15 USF.

Accesibilidad organizacional y cultural

Horarios y días de funcionamiento de las unidades de salud (acceso en la noche y fines de semana)

El horario de funcionamiento es de 8 horas diarias, de lunes a viernes, los demás horarios deben acudir a las urgencias de las policlínicas de especialidades ambulatorias, que debe contar con un servicio de urgencias las 24 horas, salas de parto y cirugía, con internaciones, además de contar con medios auxiliares e Diagnósticos de mediana complejidad (laboratorio, ultrasonografía, y Radiografía)

Estrategias para recibir poblaciones específicas?

Evitar las discriminaciones, se busca estrategias específicas para poblaciones muy alejadas, grupos étnicos muy dispersos, etc., para los cuales se busca crear un sistema de atención con clínicas móviles, además en lugares donde existen poblaciones e infraestructura pero que son muy alejadas, y no pueden contar con médicos permanentes se formara equipos de APS con profesionales de enfermería y agente comunitarios, con médicos que asistan 1 o varios días a la semana, para atender a la población que son seleccionados por el equipo de APS local.

3. LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA Y/O EJE ESTRUCTURANTE DEL SISTEMA DE SALUD

3.1 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN NIVELES DE ATENCIÓN Y PAPEL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Cómo está organizado el sistema de salud? ¿Está organizado en niveles de atención? Actualmente el sistema de salud esta estructurado en base a la presencia de hospitales que esperan a los pacientes, que muchas veces no acuden al servicio por las distintas barreras como las económicas, las geográficas, el maltrato, la falta de profesionales en el momento de acudir para ser atendidos, esta organizado por niveles mas que de atención por el tamaño de las instituciones, no existe actualmente

el sistema organizado por niveles de atención, debido que aun los hospitales muy especializados hacen el papel de APS, porque atiende a paciente con enfermedades agudas o crónicas simples.

Desde agosto de 2008 iniciamos a organizar las redes de atención basado en la atención primaria que es como sigue: La red de atención estará conformada de la siguiente manera:

Redes principales:

- **Red de Atención Primaria en Salud**, a través de unidades de atención integrada por: 1 médico/a; 1 licenciada/o en enfermería; 1 auxiliar de enfermería; 1 auxiliar administrativo; 5 agentes comunitarios de salud. Se implementará un equipo para cada 3200 personas, el total estimado para la cobertura nacional es de 1875 equipos. Por cada dos unidades de atención Primaria en Salud se implementará un equipo odontológico compuesto por un odontólogo, un técnico y un auxiliar, es decir, un equipo odontológico para cada 6400 personas.
- **Red de Atención Ambulatoria o Policlínicos de Especialidades** una para cada 15 Equipos de Salud de la Familia o sea uno para 48.000 habitantes. El país necesitaría un total, entre 95 y 125 según las coberturas establecidas.
- **Red de Urgencias:** los servicios de urgencias funcionaran en las Policlínicas de Especialidades.
- **Red de Hospitales** para la atención de mayor complejidad. Se estima 1 cama por cada 1000 habitantes, igual a 6.000 camas hospitalarias, de las cuales 600 son para terapia intensiva.

Estas cuatro redes estarán articuladas mediante un Sistema de Comunicación y un Sistema de Regulación médica que estarán a su vez intercomunicados. El Sistema de Comunicación incluye un sistema de comunicación entre los diferentes servicios de la Red y un sistema de transporte social y ambulancias (**110 ambulancias de soporte básico y 35 de soporte avanzado**, distribuidas en las 18 Regiones Sanitarias, para cobertura nacional).

Redes complementarias:

- **Red de Asistencia Farmacológica**, para medicamentos e insumos
- **Red de Rehabilitación**, para las discapacidades físicas, neurológicas y sensoriales. Total estimado para cobertura nacional: 100 unidades
- **Red de Información en salud**, hacia la eliminación de los subregistros
- **Red de Apoyo Diagnóstico**, análisis de laboratorio, radiografías, ecografías, otros.
- **Red de Vigilancia en Salud**, para control epidemiológico

3.2 ATRIBUCIONES DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS DE SALUD COMO FUENTE REGULAR DE ATENCIÓN Y PUERTA DE ENTRADA (GATEKEEPER)

APS como servicio de primer contacto

¿Los servicios de APS son buscados como los servicios de primer contacto? ¿Son la fuente regular de atención de la mayor parte de la población? Hay encuestas que identifican esto?

En nuestro país estamos iniciando la instalación de la APS como política de salud, un cambio en el paradigma de la salud, tenemos instalado 13 USF, y en 2009 tenemos planeado instalar 150 USF, distribuido en distintos puntos del país, para ir avanzando hasta cubrir el 100% de la población, estimamos necesarios 1850 ESF para los 6.000.000 de Htes.

Reglas y mecanismos de adscripción o registro de la población en los servicios de atención primaria

¿Cómo se accede a la APS? Existen poblaciones/territorios de usuarios adscriptos?

Cada Unidad de Salud de la Familia tiene una población asignada dentro de un territorio determinado, se accede a ello luego de realizar un censo poblacional inicial, se le asigna un equipo donde debe acudir.

¿Hay registro obligatorio? ¿El registro en la unidad de APS es iniciativa de los usuarios?

El registro se hará obligatorio cuando podamos cubrir la mayor parte de la población, o si el resto de la población tenga donde acudir en caso necesario lo que no ocurre en nuestro país, lo cual hace que el ESF debe atender a la población no adscripta lo que dificulta el buen trabajo.

El registro de los usuarios a la Unidad esta determinado por el territorio asignado al equipo, si un poblador se traslada de residencia debe ir en su nueva localidad para inscribirse en la unidad existente en se territorio.

¿Cuál proporción de la población está registrada/adscripta a una unidad de salud APS? En nuestro País asignamos de 3.200 a 4000 personas

Ventajas y desventajas de la adscripción por local de residencia o de trabajo

¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la adscripción por local de residencia o de trabajo? Las ventajas es acercar el servicio a la población, y también que el equipo debe conocer a toda la población adscripta, además hacer las visitas domiciliarias, y el control de seguimiento por parte de los agentes comunitarios o los propios profesionales, otra ventaja es la posibilidad de hacer búsqueda activa de personas que necesitan los servicios de salud y que por alguna razón no acude al servicio.

La desventaja es la imposibilidad de cubrir el 100 % de la población, lo cual hace difícil asignar a la población su propia USF.

Sistema de información utilizado para el registro/adscripción

Papel de filtro – gatekeeper

¿El equipo de APS ejerce la función de filtro? ¿Es decir: Para el acceso a los servicios especializados es obligatorio una derivación del médico de atención primaria?

La intención es que todos utilicen la APS como puerta de entrada, para lo cual debemos cubrir una gran parte de la población con las redes de APS, además garantizar el buen funcionamiento de las derivaciones y contra derivaciones, en síntesis deben funcionar el sistemas de redes de atención.

3.3 ESTRATEGIAS Y MECANISMOS DE INTEGRACIÓN DE LA APS CON OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

¿Cómo se articula la APS con los servicios especializados y hospitalarios de mayor complejidad para garantizar la continuidad de la atención?

Describir mecanismos formales e informales para la referencia y contrarreferencia a otros servicios y niveles del sistema.

Identificar mecanismos para interacción y comunicación entre profesionales de salud de los diferentes niveles del sistema: entre médicos generalistas y especialistas

Indicar los sistemas de información compartidos entre niveles de atención

Indicar las herramientas de informática utilizadas para las derivaciones

- La meta es crear y fortalecer las instituciones existentes actualmente, hacerlos funcionar por niveles de atención, hacerlos parte del sistema de salud, llegar a un punto en que todos vean los beneficios, que trae la APS para la población y para los profesionales de salud, hasta el momento aun no tenemos una comunicación fluida de referencia y contrarreferencias, en todos los casos se hace en forma informal. Estamos en una etapa de disputa conceptual entre los especialista y los que propugnan la APS, en este momento la política del gobierno es la implementación de la APS, lo cual hace que lo demás profesionales estén adoptando una posición expectante, esperando el fracaso de la implementación de APS, y otros esperando que de verdad se pueda instalar la APS en Paraguay.

Las trayectorias del usuario en la red de servicios: mecanismos de acceso a los otros niveles de atención

Describir las trayectorias más comunes del usuario con necesidades de salud más complejas, desde los servicios de APS hasta los servicios especializados.

En el País aun no existen suficientes unidades de APS, lo que pasa actualmente es que los pacientes deben deambular en busca de un centro asistencial que les atiendan, a veces recorren muchos km. Y muchos centros asistenciales sin que les reciban, eso queremos solucionar con la creación del Centro regulador.

Evaluación de la situación del acceso a la atención especializada y hospitalaria

Identificar listas de espera desde la APS para acceder a otros niveles del sistema

Identificar las dificultades de acceso a la atención especializada y hospitalaria

Con las pocas unidades de APS tenemos muchas dificultades para acceder a los otros niveles de atención por varios motivos que son la saturación de pacientes en los centros de atención especializadas, aun no se puede contener a los paciente , que están con muchos déficit en la atención, además los médicos especialistas aun están reacios a aceptar el sistema de atención primaria.

Estrategias para fortalecer la resolución de los servicios de atención primaria a la salud: puerta de entrada resolutive con calidad

¿Cuál es la resolución de los servicios de APS? Qué proporción de consultas médicas resultan en derivaciones para la atención especializada?

En nuestro país la estrategia de atención Primaria es muy incipiente, nuestro objetivo es llegar a una resolutive aproximada del 80% , esto se logra con un gran nivel de educación, cursos de reconversión, cursos de educación medica continua, cursos de especialización, y mejorar los curriculum de las facultades de medicina, dando énfasis a la atención basada en la Atención primaria.

Describir las estrategias para mejorar la calidad clínica de los servicios de atención primaria:

- . Una buena paga
- formar un buen equipo
- efectuar curso de educación medica continua

Otros estímulos, como las visitas permanente, brindando los estímulo al trabajo que realizan.

4. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LA APS COMO PUERTA DE ENTRADA PREFERENCIAL AL SISTEMA DE SALUD

Factores políticos, socioeconómicos y técnicos que interfieren para que la APS se constituya en puerta de entrada al sistema de salud.

- Hay muchas oposición política y descreimiento que el sistema va a funcionar, y además, piensan que es y caro, nosotros explicamos que en números así pero los ahorros son para el futuro, al ser menos necesarios las internaciones y las terapias para el futuros.

Principales puntos fuertes del proceso de constitución de la APS como puerta de entrada al sistema: indicar buenas prácticas que podrían ser compartidas con otros países (Hacer un breve resumen de cada una e insertar en adjunto).

Los punto fuertes de la implementaciones de las APS son cumplir con lo principios filosóficos del derecho a la salud, l universalidad, de la atención, la integralidad

Principales dificultades y desafíos para la consideración de la APS como puerta de entrada al sistema en el país.

Falta de decisión política para la implementación de APS, falta de recursos económicos.

Implicaciones de la constitución de la APS como puerta de entrada preferencial del sistema para una mayor cohesión social.

Creemos que es una delas únicas estrategias para lograr la equidad social.

5. ANEXOS

Se sugiere incluir en el dossier datos relevantes sobre la provisión de servicios de APS, coberturas, profesionales involucrados, resultados de encuestas sobre acceso a servicios de salud; y adjuntar documentos con las reglas y estrategias para tornar a la APS la puerta de entrada preferencial al sistema de salud.