

Alianza para la Salud

RESULTADOS DE LINEA DE BASE
MONITOREO Y EVALUACIÓN

San Miguel
Itá Yurú
Arazapé
Cnel. Bogado
Cristo Rey
Curuñai
Itá
Curupicayty
Peguajhó
Atyrá
Candia
Bernardino Caballero



Atyrá



5. Principales evidencias correspondientes al Municipio de Atyrá (Cordillera)

5.1. Situación General:

5.1.1. Característica de las viviendas y la población

Jefatura de los hogares. Sexo del/ la jefe de hogar

Dentro de los hogares se debe destacar la participación de la mujer como jefa de hogar. En Candia, la cuarta parte de los hogares están dirigidos por mujeres, y la proporción es mayor en el estrato bajo (30%). También en el área urbana se tiene un porcentaje considerable de participación de la mujer en la jefatura del hogar, 23%, analizando por estratos no presenta grandes variaciones porcentual.

Cuadro 5.1.1

Distrito de Atyrá: Sexo del jefe de hogar, según estrato socioeconómico (%).

Distrito	Localidad	Estrato	Hombre	Mujer	Total	Número de Casos
Atyrá	Urbana	Bajo	73,1	26,9	100	90
		Medio	75,8	24,2	100	103
		Alto	80,4	19,6	100	138
		Total	76,9	23,1	100	331
	Bernardino Caballero	Bajo	88,1	11,9	100	42
		Medio	76,9	23,1	100	52
		Alto	81,9	18,1	100	72
		Total	81,9	18,1	100	166
	Candia	Bajo	69,8	30,2	100	63
		Medio	74,6	25,4	100	71
		Alto	74,7	25,3	100	79
		Total	73,2	26,8	100	213

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Composición de la población por sexo

La proporción de población masculina en Atyrá Urbano es de 49%, este comportamiento no se presenta de igual manera dentro de los estratos, como se puede ver Cuadro 5.1.2 para el estrato bajo mayor es la proporción de masculino. En las localidades rurales tenemos en Bernardino Caballero 54% de masculino y en Candia se encuentra distribuido en el 50%.

Cuadro 5.1.2**Distrito de Atyrá: Población de los hogares por sexo, según estrato socioeconómico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
Atyrá	Urbana	Bajo	50,7	49,3	100
		Medio	47,3	52,7	100
		Alto	48,8	51,2	100
		Total	48,9	51,1	100
	Bernardino Caballero	Bajo	52,0	48,0	100
		Medio	53,4	46,6	100
		Alto	56,7	43,3	100
		Total	54,1	45,9	100
	Candia	Bajo	49,2	50,8	100
		Medio	47,7	52,3	100
		Alto	52,6	47,4	100
		Total	49,8	50,2	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Composición de la población por edad

La información sobre edad fue recabada para toda la población residente en los hogares encuestados.

Se encontró que el promedio de edad para el total de la población analizada era de 28 años. Siendo más jóvenes los pobladores del estrato bajo de Bernardino Caballero con un promedio de edad de 23 años, y los de mayor edad, los residentes de esta misma localidad y pertenecientes al estrato alto, con un promedio de 34 años.

Cuadro 5.1.3**Distrito de Atyrá: Edad promedio de la población, según estrato socioeconómico.**

Distrito	Localidad	Estratos			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Atyrá	Urbana	25,1	27,3	30,9	27,8
	Bernardino	23,4	28,3	34,0	28,6
	Candia	25,2	25,7	29,0	26,6
	Total	24,9	27,1	31,0	27,7

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Composición de la población por estado civil

Para analizar este apartado se ha considerado cuatro categorías de estado civil, casado; unido; soltero; y separado, divorciado, o viudo. Alrededor del 60% para las tres localidades de la población entrevistada se encontró que son solteros, este porcentaje se incrementa en los estratos más bajos. Los casados ocupa una tercera parte para la localidad en Atyrá urbano y Candia, esto disminuye porcentualmente en Bernardino Caballero.

Cuadro 5.1.4**Distrito de Atyrá: Estado Civil de las personas, según nivel socioeconómico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Estado Civil				Total
			Casada	Unida	Soltero	Separado/ divorciado/viudo	
Atyrá	Urbana	Bajo	23,3	7,3	66,6	2,9	100
		Medio	28,7	8,6	58,9	3,9	100
		Alto	34,8	5,7	54,3	5,1	100
		Total	28,9	7,2	59,9	4,0	100
	Bernardino Caballero	Bajo	17,8	11,2	68,4	2,6	100
		Medio	18,3	13,4	63,7	4,6	100
		Alto	30,0	10,0	55,9	4,1	100
		Total	22,1	11,5	62,7	3,7	100
	Candia	Bajo	24,0	5,5	66,9	3,6	100
		Medio	26,9	6,1	63,5	3,5	100
		Alto	33,6	4,8	58,0	3,6	100
		Total	28,2	5,5	62,7	3,6	100

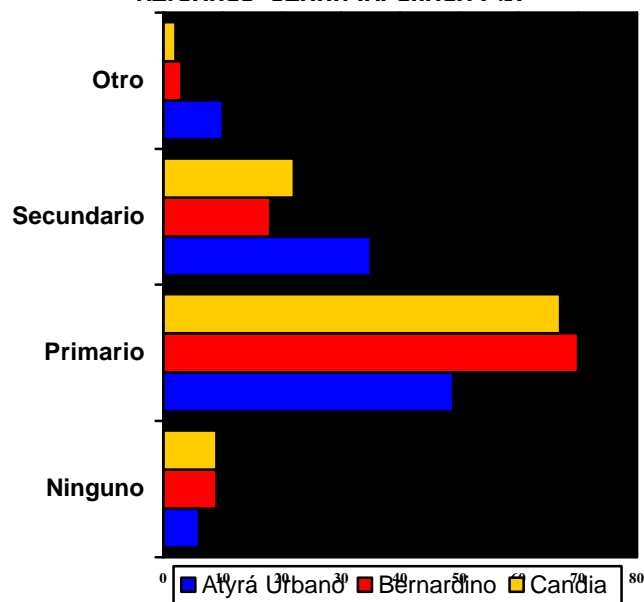
Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Educación y Cultura

El nivel de educación de la población de un país es uno de los factores que ejercen influencia sobre la conducta reproductiva, el uso de anticoncepción, y la salud de los niños, entre otros. Aparte del nivel de educación, que refleja la educación adquirida por la población a través del tiempo, es importante analizar los años de estudios aprobados. Los niveles de educación presentados incluyen a las personas que aprobaron por lo menos un grado o curso según sea el nivel primario, secundario, etc. Los resultados revelan que en Atyrá urbano, alrededor de 6% de las personas mayores de 5 años no ha tenido acceso a la educación formal, mientras que en las localidades rurales (Bernardino Caballero y Candia) esto asciende al 9% aproximadamente. El 49% en Atyrá urbano, 70% en Bernardino Caballero y 67% en Candia ha aprobado algún grado del nivel primario. En cuanto al nivel secundario, en Atyrá urbano 35% de las personas aprobó algún curso, en Candia esa proporción disminuye a 22% y en Bernardino Caballero solo 18% de los mayores de 5 años aprobó algún curso de secundaria.

Según estrato socioeconómico, la tendencia observada es que a media que la población pertenece al estrato más bajo y reside en zonas rurales, menor es el nivel educativo alcanzado, por el contrario si pertenecen al estrato medio o alto y residen en el área urbana, es mayor la proporción de población que aprueba algún curso del nivel secundario.

Figura 5.1.1
Distrito de Atyrá, Nivel de educación de las personas según localidad (%)



Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Cuadro 5.1.5**Distrito de Atyr: Nivel de educaci3n de las personas, según estrato socioecon3mico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Nivel de Educaci3n						Total
			Nin-guno	Prim-ario	Secun-dario	Form. Docente	Superior/Univ.	No Sabe	
Atyr	Urbana	Bajo	6,2	60,9	30,6	0,7	1,4	0,2	100
		Medio	8,6	47,4	36,0	4,3	2,9	0,8	100
		Alto	3,6	40,0	37,9	10,3	7,8	0,4	100
		Total	6,0	49,2	34,9	5,3	4,2	0,5	100
	Bernardino Caballero	Bajo	11,9	68,3	18,1	0,4	0,0	1,3	100
		Medio	6,9	71,2	20,6	0,4	0,0	0,9	100
		Alto	7,2	70,8	16,4	3,6	0,8	1,2	100
		Total	8,6	70,1	18,3	1,5	0,3	1,1	100
	Candia	Bajo	9,7	71,3	18,6	0,0	0,4	0,0	100
		Medio	7,3	67,3	23,7	0,0	1,0	0,7	100
		Alto	9,7	62,3	22,5	2,4	3,1	0,0	100
		Total	8,9	66,9	21,7	0,8	1,5	0,2	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Asistencia actual a una instituci3n de enseñanza formal (pública o privada)

La asistencia a una instituci3n formal (pública o privada) para las personas de 6 a 24 años de edad esta entre el 80% en Atyr urbano, y en menor proporci3n (75%) en las localidades rurales (Bernardino Caballero y Candia), este comportamiento porcentual para las que asiste a una instituci3n formal, en las localidades rurales es inverso con relaci3n a los niveles de estratos.

Cuadro 5.1.6**Distrito de Atyr: Asistencia actual a una instituci3n de enseñanza formal (pública o privada) de las personas de 6 a 24 años, según estrato socioecon3mico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Aun es estudiante		Total
			Si	No	
Atyr	Urbana	Bajo	80,5	19,5	100
		Medio	77,5	22,5	100
		Alto	80,8	19,2	100
		Total	79,6	20,4	100
	Bernardino Caballero	Bajo	80,3	19,7	100
		Medio	72,2	27,8	100
		Alto	74,0	26,0	100
		Total	75,8	24,2	100
	Candia	Bajo	76,0	24,0	100
		Medio	86,2	13,8	100
		Alto	61,9	38,1	100
		Total	75,5	24,5	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Idioma más hablado en el hogar

Teniendo en cuenta que el lenguaje hablado habitualmente en el hogar determina diferencias significativas en el comportamiento de la población, se preguntó a las mujeres en edad fértil cuál era el idioma más hablado en el hogar. Se puede notar, que en el ámbito urbano de Atyrá más de la mitad de la población habla español y guaraní. Mientras que en Bernardino Caballero 74% y en Candia 69% el guaraní es el idioma más hablado en el hogar. En el estrato bajo de Candia la mayoría (92%) habla solo guaraní.

Cuadro 5.1.7**Distrito de Atyrá: Población por el Idioma más hablado en el hogar, según estrato socioeconómico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Guaraní	Español	Español y Guaraní	Otro Idioma	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	37,8	13,5	48,6	0,0	100
		Medio	25,4	13,6	60,0	1,0	100
		Alto	12,2	32,7	55,0	0,0	100
		Total	24,1	20,7	54,9	0,3	100
	Bernardino Caballero	Bajo	77,8	0,0	22,2	0,0	100
		Medio	78,1	3,1	18,8	0,0	100
		Alto	65,7	2,9	31,4	0,0	100
		Total	73,8	1,9	24,3	0,0	100
	Candia	Bajo	91,7	2,1	6,3	0,0	100
		Medio	63,8	5,2	31,0	0,0	100
		Alto	52,8	5,7	41,5	0,0	100
		Total	68,6	4,4	27,0	0,0	100

Fuente: Encuesta a Hogares, 2002

Características de las ViviendasNúmero de dormitorios de la vivienda

En relación a las condiciones habitacionales de las viviendas entrevistadas, se encontró que existen pequeñas diferencias según localidad y estrato socioeconómico en que fue clasificada la población. Para las tres localidades (Atyrá urbano, Bernardino Caballero y Candia) hay más que el 50% de las viviendas que tienen 2 y 3 dormitorios. Las vivienda con 4 y mas dormitorios el mayor alcanza 14% en Atyrá urbano, este porcentaje disminuye en las otras localidades analizadas.

Cuadro 5.1.8**Distrito de Atyrá: Número de dormitorio de las personas, según estrato Socioeconómico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Número de dormitorios				Total
			1	2	3	4 y más	
Atyrá	Urbana	Bajo	20,4	46,4	22,8	10,4	100
		Medio	21,6	34,4	32,0	12,0	100
		Alto	18,6	30,5	32,7	18,2	100
		Total	20,0	36,2	29,7	14,1	100
	Bernardino Caballero	Bajo	21,4	50,0	23,8	4,8	100
		Medio	25,0	46,2	15,4	13,5	100
		Alto	16,7	44,4	26,4	12,5	100
		Total	20,5	46,4	22,3	10,8	100
	Candia	Bajo	28,6	41,3	22,2	7,9	100
		Medio	25,4	45,1	18,3	11,3	100
		Alto	25,3	36,7	30,4	7,6	100
		Total	26,3	40,8	23,9	8,9	100

Fuente: Encuesta a Hogares, 2002

Tipo de abastecimiento de agua

En la mayoría de las viviendas visitadas en Atyrá urbano (99%) y Candia (88%) utilizan para beber en el hogar agua proveniente de SENASA. En Bernardino Caballero solo el 8% de las viviendas visitadas cuenta con servicio de agua potable por lo que la mitad de dicha población, utiliza pozo sin bomba (50%).

Cuadro 5.1.9**Distrito de Atyrá: Hogares por abastecimiento de agua de la vivienda, según estrato socioeconómico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Abastecimiento de Agua						Total
			Corposana/SENASA	Pozo con bomba	Pozo sin bomba	Río, arroyo o manantial	Red Privada	Otro	
Atyrá	Urbana	Bajo	99,1	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	100
		Medio	97,7	1,0	0,5	0,0	0,0	0,8	100
		Alto	99,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	100
		Total	98,8	0,3	0,4	0,0	0,0	0,4	100
	Bernardino Caballero	Bajo	4,8	0,0	52,4	42,9	0,0	0,0	100
		Medio	7,7	9,6	51,9	28,8	1,9	0,0	100
		Alto	11,1	22,2	47,2	16,7	2,8	0,0	100
		Total	8,4	12,7	50,0	27,1	1,8	0,0	100
	Candia	Bajo	79,4	0,0	12,7	3,2	0,0	4,8	100
		Medio	93,0	2,8	2,8	0,0	0,0	1,4	100
		Alto	89,9	6,3	2,5	0,0	0,0	1,3	100
		Total	87,8	3,3	5,6	0,9	0,0	2,3	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Servicio sanitario

El tipo de baño más frecuente de las viviendas visitadas en Atyrá urbano es el moderno conectado a un pozo ciego (79%). En Bernardino Caballero y Candia el tipo de baño más frecuente es la letrina común, pero cabe destacar que más de la tercera parte de las viviendas visitadas en Candia utilizan baño moderno con pozo ciego.

Cuadro 5.1.10

Distrito de Atyrá: Hogares por tipo de baño predominante de la vivienda, según estrato socioeconómico (%).

Distrito	Localidad	Estrato	Tipo Baño				Total
			Baño moderno con pozo ciego	Letrina tipo municipal	Letrina común	*Otro	
Atyrá	Urbana	Bajo	62,1	13,3	23,1	1,5	100
		Medio	78,6	8,9	12,5	0,0	100
		Alto	91,5	3,0	5,1	0,4	100
		Total	79,3	7,7	12,4	0,6	100
	Bernardino Caballero	Bajo	9,5	16,7	73,8	0,0	100
		Medio	5,8	26,9	67,3	0,0	100
		Alto	29,2	20,8	48,6	1,4	100
		Total	16,9	21,7	60,8	0,6	100
	Candia	Bajo	17,5	7,9	74,6	0,0	100
		Medio	32,4	9,9	57,7	0,0	100
		Alto	51,9	11,4	35,4	1,3	100
		Total	35,2	9,9	54,5	0,5	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Eliminación de basura

En Atyrá urbano más de la mitad de las viviendas visitadas (59%) eliminan su basura por medio del servicio de recolección pública y más de la cuarta parte de las mismas lo hacen quemándolas, siendo este también sistema de eliminación el de más frecuente en Bernardino Caballero y Candia. El servicio de recolección pública no se encontró en Bernardino Caballero y en Candia en tipo de eliminación de las basuras.

Cuadro 5.1.11**Distrito de Atyrá: Hogares por tipo de eliminación de la basura en la vivienda, según estrato socioeconómico (%).**

Distrito	Localidad	Estrato	Que hace con la Basura							Total
			Arroja en un hoyo	Quema	Tira en el patio	Rec.* pública	Rec.* privada	Tira en la zanja	Otro	
Atyrá	Urbana	Bajo	19,8	35,8	0,0	42,6	1,8	0,0	0,0	100
		Medio	7,6	31,5	0,0	58,3	2,6	0,0	0,0	100
		Alto	7,9	17,2	0,0	70,5	1,6	1,8	1,0	100
		Total	11,1	26,9	0,0	58,9	2,0	0,7	0,4	100
	Bernardino Caballero	Bajo	11,9	69,0	11,9	0,0	0,0	4,8	2,4	100
		Medio	15,4	73,1	3,8	0,0	0,0	1,9	5,8	100
		Alto	23,6	65,3	5,6	0,0	0,0	1,7	3,8	100
		Total	18,1	69,1	7,1	0,0	0,0	2,7	3,0	100
	Candia	Bajo	15,9	74,6	6,3	0,0	0,0	1,6	1,6	100
		Medio	31,0	56,3	7,0	0,0	0,0	5,6	0,0	100
		Alto	31,6	50,6	13,9	0,0	0,0	1,3	2,5	100
		Total	26,8	59,6	9,4	0,0	0,0	2,8	1,4	100

* Recolección

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Equipamiento del Hogar

La tenencia o posesión de equipos de uso familiar, la mayoría de las viviendas visitadas en las tres localidades cuentan con energía eléctrica, radio, televisor y heladera. En cuanto a tenencia de teléfonos y automóvil, aunque en menores proporciones respecto a otros bienes, las viviendas que pertenecen al estrato alto son las que cuentan con estas comodidades en mayor medida, respecto a las de los otros estratos

Cuadro 5.1.12**Distrito de Atyrá: Hogares por tenencia de equipos de uso familiar, según estrato socioeconómico (%).**

Distrito	Local	Estrato	Electricidad	Teléfono (línea baja)	Teléfono (celular)	Radio	Video	Televisor	Heladera	Lavarropa	Auto	Moto
Atyrá	Urbana	Bajo	96,2	3,3	11,2	82,5	5,3	80,5	67,8	26,9	3,8	2,4
		Medio	99,0	5,2	10,7	83,9	11,5	85,9	75,5	40,1	7,8	3,4
		Alto	98,2	32,7	34,5	88,5	27,9	86,9	89,3	56,0	40,0	11,5
		Total	97,9	15,9	20,5	85,4	16,4	84,8	79,0	42,9	19,8	6,4
	Bernardino Caballero	Bajo	88,1	0,0	2,4	78,6	2,4	71,4	47,6	11,9	2,4	0,0
		Medio	84,6	0,0	7,7	78,8	0,0	59,6	51,9	13,5	1,9	1,9
		Alto	90,3	1,4	22,2	83,3	1,4	72,2	66,7	25,0	12,5	2,8
		Total	88,0	0,6	12,7	80,7	1,2	68,1	57,2	18,1	6,6	1,8
	Candia	Bajo	90,5	0,0	11,1	71,4	0,0	66,7	52,4	0,0	0,0	1,6
		Medio	95,8	0,0	15,5	73,2	5,6	70,4	62,0	7,0	9,9	1,4
		Alto	97,5	0,0	39,2	89,9	7,6	89,9	77,2	24,1	15,2	10,1
		Total	94,8	0,0	23,0	78,9	4,7	76,5	64,8	11,3	8,9	4,7

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

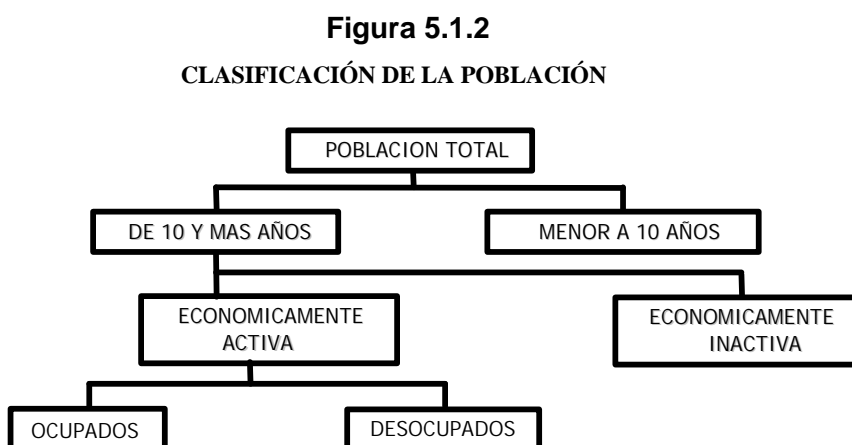
5.1.2. Situación del empleo e ingresos

La situación del empleo e ingreso en las localidades de Atyrá si bien no será afectada de manera directa por la ejecución de las actividades del Proyecto Alianza para la Salud, ella constituye parte importante de las variables que conforman el “contexto” (variables exógenas al Proyecto), el cual podría tener una influencia importante sobre la evolución de los indicadores que serán evaluados posteriormente (salud, participación, aprendizaje, entre otros). El conocimiento de esta situación, en consecuencia, será importante tenerlo en consideración, para saber cuál es el punto de partida en este aspecto en cada localidad y para comprender posteriormente si este punto de partida es relevante en la magnitud de los impactos a obtener.

Como se sabe, el comportamiento de las variables relacionadas con el mercado laboral y la generación de ingresos familiares se encuentran asociados fundamentalmente a la aceleración o desaceleración del ritmo de crecimiento de las actividades productivas y, en general de las variables, macroeconómicas del país.

Condición de empleo

Según los resultados de la Encuesta, la tasa de participación laboral de las tres localidades estudiadas de Atyrá es de alrededor de 50%, es decir, en esta proporción la población de 10 y más años se encuentra trabajando o está buscando empleo; el porcentaje restante es lo que se denomina población económicamente inactiva según se puede apreciar en el diagrama adjunto.



Del total de las personas que participan en el mercado de trabajo, un porcentaje importante se encuentra desempleado (trabajadores que no tienen empleo, pero que desean tenerlo y han hecho alguna gestión para obtenerlo). En Atyrá Urbano este desempleo llega al 13 %, en Bernardino Caballero al 15% y en Candia al 17 %. En el Cuadro siguiente se observa que estos porcentajes tienen niveles mayores cuanto más bajo es el estrato al que pertenecen los trabajadores, es decir que existe una relación positiva entre desempleo y pobreza. Por ejemplo, en el estrato bajo de Candia y Bernardino Caballero la tasa de desempleo es 5 veces mayor que en el estrato alto, y en Atyrá Urbano esta relación es 7 veces mayor.

Cuadro 5.1.13

Distrito de Atyrá: Distribución porcentual de la población de 10 y más años de edad, según condición de actividad, por localidad y estrato.

Distrito	Localidad	Estrato	Condición de actividad				Tasa de participación laboral (%)*	Tasa de desempleo abierto (%)**
			Ocupados	Desocupados	Inactivos	Total		
Atyrá	Urbana	Bajo	30,9	10,8	58,3	100	41,7	25,8
		Medio	42,3	7,7	49,9	100	50,1	15,5
		Alto	56,3	2,3	41,4	100	58,6	3,9
		Total	43,9	6,7	49,4	100	50,6	13,2
	Bernardino Caballero	Bajo	27,1	14,4	58,5	100	41,5	34,6
		Medio	46,4	4,8	48,8	100	51,2	9,3
		Alto	47,8	3,1	49,1	100	50,9	6,1
		Total	41,1	7,1	51,8	100	48,2	14,7
	Candia	Bajo	27,7	15,1	57,1	100	42,9	35,3
		Medio	39,3	6,2	54,5	100	45,5	13,7
		Alto	55,5	4,2	40,4	100	59,6	7,0
		Total	41,3	8,3	50,4	100	49,6	16,7

* $(\text{Ocupados} + \text{Desocupados}) \times 100 / (\text{Ocupados} + \text{Desocupados} + \text{Inactivos})$,

** $(\text{Ocupados}) \times 100 / (\text{Ocupados} + \text{Desocupados})$

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

La población económicamente inactiva (población en edad de trabajar que no se encuentra trabajando y no ha hecho gestión alguna para tener un empleo) está conformada fundamentalmente por estudiantes y amas de casa, aunque también puede notarse que en las tres localidades de Atyrá conforman un grupo importante los inactivos por enfermedad, y en los estratos altos los jubilados o con pensión.

Cuadro 5.1.14

Distrito de Atyrá: Distribución % de los inactivos de 10 y más años de edad según razón por la que no están trabajando, por localidad y estrato.

Distrito	Localidad	Estrato	Razón por la que no trabaja					Total
			Estudiante	Ama de casa	Enfermedad	Jubilado o Pensionado	Otro	
Atyrá	Urbana	Bajo	55,2	33,5	5,9	1,3	4,1	100
		Medio	52,1	32,4	9,0	1,6	4,9	100
		Alto	63,3	26,1	2,2	5,1	3,4	100
		Total	56,7	30,8	5,7	2,6	4,1	100
	Bernardino Caballero	Bajo	43,6	38,2	9,1	0,9	8,2	100
		Medio	47,5	41,6	5,9	1,0	4,0	100
		Alto	41,8	39,1	10,9	0,9	7,3	100
		Total	44,2	39,6	8,7	0,9	6,5	100
	Candia	Bajo	50,4	34,3	9,5	0,0	5,8	100
		Medio	55,4	33,1	4,3	0,0	7,2	100
		Alto	40,7	43,5	7,4	1,9	6,5	100
		Total	49,5	36,5	7,0	0,5	6,5	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Categoría de ocupación

La información referida a los trabajadores que tienen un empleo (demanda laboral) indica que la economía del distrito de Atyrá está cimentada fundamentalmente en la mano de obra independiente, en la cual predomina la categoría de ocupación “trabajador por cuenta propia”.

En Bernardino Caballero 42%, en Candia 41% y en Atyrá Urbano 38% de los ocupados tienen esta categoría, observándose en las últimas dos localidades un mayor porcentaje a nivel de los trabajadores de los estratos medios. En Bernardino Caballero y Candia el empleo asalariado (público y privado) representa alrededor del 35% respecto al total del empleo en dichos lugares, alcanzando al 45% en el caso de Atyrá Urbano.

El predominio de los trabajadores cuentapropistas implica que parte importante de la mano de obra participa en la producción local de bienes y servicios o generan sus ingresos a través de la venta directa de sus bienes y servicios en el mercado de productos y no a través de la venta directa de su fuerza de trabajo en el mercado laboral, como es el caso de trabajadores asalariados. Si se suman las proporciones de los ocupados cuentapropistas y trabajadores familiares no remunerados, puede notarse que el predominio del empleo independiente es particularmente mayor en los estratos bajos de las localidades rurales de Atyrá estudiadas.

Cuadro 5.1.15

Distrito de Atyrá: Distribución % de los ocupados de 10 y más años de edad, según categoría de ocupación por localidad y estrato.

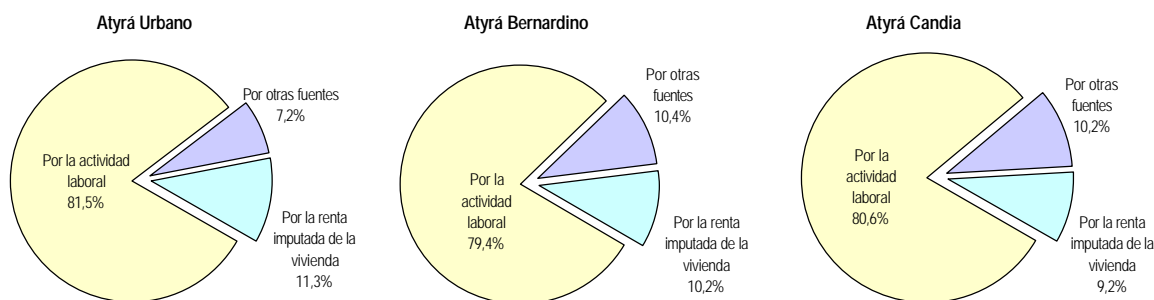
Distrito	Localidad	Estrato	Categoría de ocupación						Total
			Trabaj. Público	Trabaj. Privado	Cuenta-propista	Trabaj. familiar no remun.	Empleado Domestico	Otro	
Atyrá	Urbana	Bajo	4,4	37,1	39,9	6,9	10,4	1,4	100
		Medio	10,2	28,2	45,1	4,4	10,5	1,6	100
		Alto	27,9	22,9	31,5	6,0	3,3	8,4	100
		Total	17,0	27,7	37,7	5,7	7,1	4,7	100
	Bernardino Caballero	Bajo	0,0	28,0	34,0	32,0	4,0	2,0	100
		Medio	0,0	36,1	35,1	26,8	2,1	0,0	100
		Alto	9,2	30,3	50,5	3,7	0,9	5,5	100
		Total	3,9	32,0	41,4	18,0	2,0	2,7	100
	Candia	Bajo	3,1	21,9	46,9	18,8	6,3	3,1	100
		Medio	1,0	30,4	47,1	13,7	7,8	0,0	100
		Alto	7,5	33,6	37,7	9,6	6,8	4,8	100
		Total	4,5	30,1	42,6	12,8	7,1	2,9	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Ingreso por la ocupación principal, otras actividades laborales y otros ingresos

La mayor parte de los ingresos familiares en Atyrá provienen de las actividades laborales (por la actividad principal y secundarias) que realizan sus miembros. Estos ingresos representan alrededor del 80% de los ingresos totales (ver figura 5.1.3). Los ingresos provenientes de la “renta imputada de la vivienda propia, cedida, gratuita, por servicio u ocupada” (estimadas con la pregunta “¿si tuviera que alquilar esta vivienda cuánto cree que le pagarían por mes?”) son ingresos que se generan a nivel del hogar en su conjunto, en tanto que el resto de ingresos son aquellos que se generan a nivel de individuos. El Cuadro 5.1.16 muestra que estos ingresos tienen los siguientes comportamientos:

Figura 5.1.3
Distrito de Atyrá: Fuente de los ingresos Familiares.



a- los niveles de ingresos son mayores en el área urbana, y a la vez son menos dispersos a nivel de estratos (la relación de ingresos del estrato bajo y alto de Atyrá Urbano es 1 a 4,9, y de Bernardino Caballero y Candia 1 a 5,5).

b- los ingresos por la actividad laboral principal son proporcionalmente mayores cuanto más pobre es el estrato al que pertenecen los individuos (en Atyrá Urbano, por ejemplo, el peso del ingreso de la ocupación principal en el ingreso total del individuo del estrato bajo representa el 95% versus el 86% del estrato alto), y

c- los ingresos provenientes por fuentes diferentes a la actividad laboral son proporcionalmente mayores cuanto más alto es el estrato al que pertenecen los individuos, aunque en general son poco importantes a nivel de los ingresos individuales.

Cuadro 5.1.16
Distrito de Atyrá: Ingresos mensuales individuales de los ocupados de 10 y más años de edad, según localidad y estrato.

Dis-trito	Localidad	Estrato	Ingresos individuales recibidos normalmente							
			Guaraníes				%			
			Por la actividad laboral		Otros ingresos	Total	Por la actividad laboral		Otros ingresos	Tot.
			Principal	Secun.			Princ.	Secun.		
Atyrá	Urbana	Bajo	245.890	6.534	7.596	260.019	94,6	2,5	2,9	100
		Medio	512.586	19.582	16.334	548.503	93,5	3,6	3,0	100
		Alto	1.093.994	125.086	52.103	1.271.183	86,1	9,8	4,1	100
		Total	727.182	66.275	25.396	818.853	88,8	8,1	3,1	100
	Bernardino Caballero	Bajo	88.410	7.059	1.116	96.585	91,5	7,3	1,2	100
		Medio	155.466	3.505	5.458	164.430	94,5	2,1	3,3	100
		Alto	454.815	51.198	29.915	535.928	84,9	9,6	5,6	100
		Total	268.395	24.333	12.244	304.973	88,0	8,0	4,0	100
	Candia	Bajo	105.528	1.970	3.222	110.719	95,3	1,8	2,9	100
		Medio	264.850	12.475	7.930	285.256	92,8	4,4	2,8	100
		Alto	512.465	51.973	33.709	598.146	85,7	8,7	5,6	100
		Total	347.283	28.758	14.937	390.979	88,8	7,4	3,8	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

5.2. Indicadores de Resultados:

Principales evidencias de la Encuesta de Hogares:

Los indicadores de resultados (finales) miden el efecto de la aplicación del proyecto sobre el estado de salud y bienestar de la población, aunque se advierte que el mismo también puede estar afectado por la implementación de otros proyectos de la zona.

Las variables de resultados pueden subdividirse en Indicadores de resultado y de impacto. Las primeras y las que se presentan a continuación miden el acceso y la satisfacción de los bienes y servicios que el proyecto ha producido.

Los indicadores que a continuación se presentarán de acuerdo al objetivo del proyecto que responde. Es importante además destacar que esta lista de variables proviene de las distintas fuentes de informaciones utilizadas para la elaboración de la línea de base.

OBJETIVO 1: Desarrollar capacidades en los gobiernos subnacionales y la sociedad civil organizada en la implementación y gerenciamiento de servicios y programas básicos de salud, eficientes, equitativos y adecuados a la realidad local.

1- PARTICIPACIÓN (ACCESO Y TIPO) EN ACTIVIDADES DEL PROYECTO.

Para evaluar y monitorear el proyecto Health Decentralization and Community Participation es importante partir con un conocimiento acabado del nivel y forma de participación de la población de las actividades de dicho proyecto. Para ello se presenta la información relacionada con el conocimiento, percepción y los beneficios de la población respecto a las actividades ejecutadas en el marco del proyecto "Alianza para la Salud". Asimismo, se presentan algunos resultados sobre el apoyo de los gobiernos locales a algunas de dichas actividades. Se analiza, concretamente, la información referida al Plan Local de Salud, Paquete Básico de Salud, Farmacia Social, Seguro/Fondo de Salud, Promotores de Salud, apoyo de la Gobernación y la Municipalidad y Actividades Educativas sobre temas en Salud.

El informante de esta sección de la Encuesta fue el Jefe de Hogar o, en su defecto, el miembro más preparado para responder a las interrogantes correspondientes. Sus respuestas, en consecuencia, representan a todos los individuos que conforman el hogar y, por tanto, también a los diferentes grupos (estratos) de cada localidad. Cabe señalar, que en la perspectiva de la evaluación de las actividades del Proyecto, las respuestas a las preguntas de esta sección son fundamentales debido a que permiten detectar de manera directa a los beneficiarios de las mismas.

En general podrá notarse que la mayor parte de las respuestas indica que la población tiene poco conocimiento de las actividades del Proyecto, y en consecuencia, una opinión poco significativa sobre las mismas.

Los resultados de la Encuesta indican que en Bernardino Caballero y Atyrá Urbano el 95% de las familias desconoce las actividades que se ejecutan en el marco del Proyecto, un desconocimiento que alcanza en Candia al 99% de los hogares. La información disponible no muestra en este aspecto diferencias importantes a nivel de estratos dentro de cada Localidad. Es importante aclarar que en estas localidades aún no se había implementado el proyecto "Alianza para la Salud".

Cuadro 5.2.1

Distrito de Atyrá: Porcentaje de hogares según conocimiento de las actividades que realiza el Proyecto Alianza para la Salud.

Distrito	Localidad	Estrato	Sí	No	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	7,2	92,8	100
		Medio	0,0	100	100
		Alto	8,2	91,8	100
		Total	5,1	94,9	100
	Bernardino Caballero	Bajo	1,1	98,9	100
		Medio	5,7	94,3	100
		Alto	7,8	92,2	100
		Total	4,9	95,1	100
	Candia	Bajo	1,5	98,5	100
		Medio	0,9	99,1	100
		Alto	1,2	98,8	100
		Total	1,2	98,8	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Cuadro 5.2.2

Distrito de Atyrá: Porcentaje de hogares según opinión sobre la utilidad del Proyecto Alianza para la Salud.

Localidad	Útil	Otras opciones*	Total
Urbana	88,9	11,1	100
Bernardino Caballero	66,7	37,3	100
Candia	50,0	50,0	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Cabe recordar que constituye un logro que los hogares conozcan la existencia del Plan y Paquete Básico, pues solo una parte de la población participará en su definición, pues todavía en la comunidades de Atyrá no se implementaron el Plan y el Paquete.

Cuadro 5.2.3

Distrito de Atyrá: Porcentaje de hogares según opinión sobre la utilidad y participación en la elaboración del Plan Local de Salud.

Localidad	Opinión sobre la utilidad			Participación		
	Útil	Otras opciones*	Total	Participó	No participó	Total
Urbana	100	0,0	100	32,9	67,1	100
Bernardino Caballero	80,6	19,4	100	27,8	72,2	100
Candia	70,6	29,4	100	58,8	41,2	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

2- PERCEPCIONES SOBRE LA GESTIÓN DE LOS GOBIERNOS LOCALES.

El apoyo de los gobiernos locales a las instancias relacionadas con la salud es fundamental para que estas puedan alcanzar sus objetivos de generar bienestar a la población. En el marco del Proyecto “Alianza para la Salud” este rol es, a su vez, clave para que el desarrollo de los servicios y programas básicos de salud sean coherentes con las necesidades locales, y para que su diseño, implementación y Gerenciamiento sean autónomos del Gobierno Central.

Entre quienes sí saben de este apoyo puede notarse algunas diferencias importantes a nivel de las localidades del distrito y los estratos de estas. En general, el porcentaje de los que opinan que la Gobernación “sí apoya” a las instancias locales ligadas a la salud es menor de los que creen que “no apoya”, un comportamiento que es contrario respecto al apoyo de la Municipalidad (más son los que creen que “sí apoya” que los que piensan que “no apoya”). En Bernardino Caballero y Atyrá Urbano es mucho más alto el porcentaje de hogares que piensa que la Gobernación “sí apoya” cuanto mayor es el estrato de residencia de la población, en tanto que los hogares de los estratos medios de Candia y Atyrá urbano son los que más creen que la Municipalidad “sí apoya”. Estos resultados pueden estar asociados al grado de participación de la población en la toma de decisiones comunitarias, a la precariedad de las instancias que proveen servicios de salud en cada una de las localidades, a la gestión de los problemas generales de los gobiernos locales, entre otras razones.

Adicionalmente, la información de la Encuesta muestra que entre quienes creen que existe el apoyo de la Gobernación y de la Municipalidad al Consejo Local/Centro/Puesto de Salud, se opina de manera mayoritaria (entre 83 % y 98% de los hogares) que dicho apoyo es importante.

Cuadro 5.2.4

Distrito de Atyrá: Porcentaje de hogares según opinión sobre la importancia del apoyo de la Gobernación y de la Municipalidad al Consejo Local/Centro/Puesto de Salud.

Localidad	Apoyo de la Gobernación				Apoyo de la Municipalidad			
	Importante	Otras opciones*	Total	Casos	Importante	Otras opciones*	Total	Casos
Urbana Bernardino	89,4	10,6	100	43	95,1	4,9	100	114
Caballero	82,7	17,3	100	25	86,5	13,5	100	41
Candia	84,9	15,1	100	18	98,1	1,9	100	38

* Poco importante, nada importante, no responde, no sabe.

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

3- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Como se observa en el cuadro siguiente, Atyrá recibe ayuda del CLS y todos sienten que esta ayuda es bienvenida. Ahora el grado de efectividad de sus acciones varía de acuerdo a las preguntas puntuales que se detallan. En Cnel. Duarte y Bernardino Caballero los CLS colaboran de manera nula, debido a que tienen poco tiempo de conformación. Por otro lado el establecimiento de Atyrá siente que el grado de participación tanto en la gestión del establecimiento como la provisión de insumos e medicamentos es alta.

De acuerdo a los datos, la municipalidad no asiste a Cnel. Duarte, y la gobernación no asisten a ningún establecimiento.

Cuadro 5.2.5 Información sobre la Participación Comunitaria

Participación	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Elabora su propio presupuesto	No	No	No
Monto del ingreso mensual	3.500.000	60.000	80.000
Monto en % y estructura de gastos	NS	NS	NS
Recibe ayuda de org. Distinta la MSP	Sí	Sí	No
Recibe ayuda del CLS	Sí	No	No
Recibe ayuda de la Municipalidad	Sí	No	Sí
Recibe ayuda de la Gobernación	No	No	No
Grado de participación del CLS en la gestión del establecimiento	Alta	Nula	Nula
Grado de participación del CLS en la provisión de insumos, medicamentos, capacitación, RR. HH., etc.	Alta	Nula	Nula
Considera buena y oportuna la participación del CLS	Sí	Sí	Sí

* Consejo Local de Salud

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

4- INCIDENCIA DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA EN LA DETERMINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA LOCAL DE SALUD.

Conformación de los Consejos Locales de Salud

Atyrá: integra a representantes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y los particulares. **Cnel. Duarte:** integrado por estudiantes y particulares **Bernardino Caballero:** con representación del Centro de Salud y magisterio.

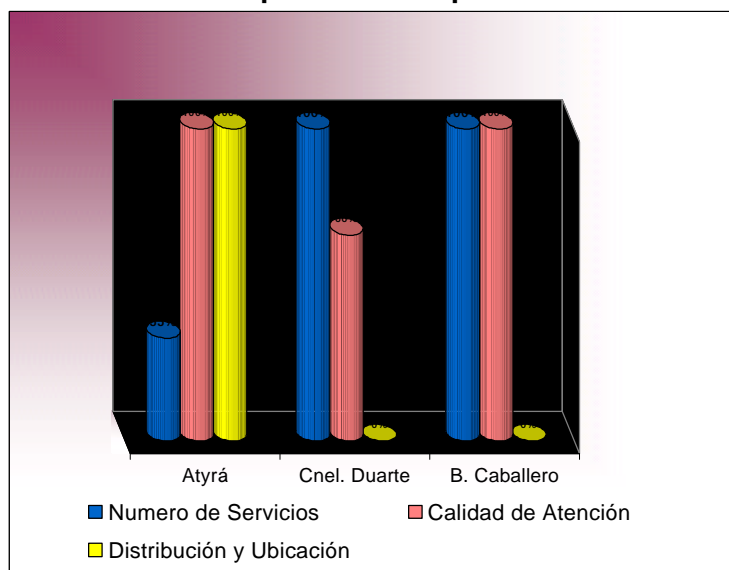
Control Financiero

En ninguno de los casos – Consejo y SubConsejos Locales de Salud- cuentan con un sistema de control financiero de los fondos.

Las Áreas de Decisión de la población respecto al Establecimiento de Salud

Para dar cuenta de las áreas de decisiones de la población con respecto al establecimiento de Salud como el número de servicios que ofrece, la distribución y ubicación de los establecimientos de salud, la calidad de la atención y otros temas, se muestra a través del gráfico.

Figura 5.2.1
Áreas de Decisión de la población respecto al Establecimiento de Salud



Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

Las cifras dan cuenta que la calidad de la atención es una decisión de la población a opinión del 100% Atyrá urbano y Bernardino Caballero, y del 66% de los entrevistados de Cnel. Duarte.

Aspectos de Decisión en la gestión del establecimiento de Salud

El número de servicios en el establecimiento de salud está dado con la decisión de la población según la opinión del 100% de los entrevistados de Bernardino Caballero y Cnel. Duarte y del 33% de Atyrá urbano.

La distribución y/o ubicación de los establecimientos de salud pasa por la decisión de la población a criterio del 100% de los entrevistados de Atyrá urbano mientras Cnel. Duarte y Bernardino Caballero mencionan que la población no participa en la decisión respecto al tema.

Otro ámbito de decisión de los Consejos se refiere a la gestión del establecimiento de Salud, incluyendo: recursos humanos; medicamentos; infraestructura; programas de salud: cobertura, beneficiarios, funcionamiento; movilidad-transporte y otras decisiones, cuyas respuestas se observan en el cuadro:

Cuadro 5.2.6 Aspectos de Decisión en la Gestión del Establecimiento de Salud

Consejos	R. humanos	Medicamentos	Infraest.	Programas	Transporte
Atyrá	NO	SI	SI	SI	NO
Cnel. Duarte	NO	NO	NO	NO	NO
B. Caballero	NO	SI	NO	NO	NO

Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

Las gestiones del establecimiento de Salud, que son afectadas con las decisiones de los Consejos de Salud de Atyrá abarcan los medicamentos; infraestructura y programas de Salud. El SubConsejo de Bernardino Caballero solamente afecta la gestión del establecimiento de salud respecto a medicamentos. El SubConsejo de Cnel. Duarte no registra ningún tipo de influencia respecto a las gestiones del establecimiento de salud de acuerdo a los aspectos considerados.

Con respecto a los mecanismos de participación o vínculos que los Consejos establecen con la población, en el caso de Atyrá se apoyan en las observaciones y reuniones; Cnel Duarte **Coronel Duarte: Origen de los Recursos** emplea las observaciones, reuniones y acercamiento de las personas y B. Caballero se apoya en las observaciones.

La identificación de los grupos vulnerables ocupa únicamente al SubConsejo de Cnel. Duarte, mientras Atyrá urbano y B. Caballero no tienen identificado a grupos vulnerables. En ninguno de los casos dirigen acciones a los grupos de mayor vulnerabilidad.

Razones de la escasa participación de la población

Las consideraciones respecto a las razones de la escasa participación de la población en el Consejo Local de Salud, los datos señalan que Atyrá y Cnel. Duarte no aplicaron; mientras el Sub Consejo de B. Caballero una respuesta es identificada a la falta de tiempo de los vecinos y en un 90% no se obtienen las repuestas al respecto.

Las opciones que no fueron consideradas como respuestas son: espera que se ocupe el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; falta motivación; no le gusta a la gente participar; además que no se logran resultados participando.

Mecanismos de Colaboración establecidos con el Gobierno Municipal

La revisión de los mecanismos de colaboración establecidos por los Consejos de Salud con el gobierno municipal, se presenta a través de la siguiente tabla de resultados.

Cuadro 5.2.7
Mecanismos de Colaboración establecidos con el Gobierno Municipal*

Mecanismos utilizados	Atyrá	Cnel. Duarte	B. Caballero
Haciendo buenos proyectos	1	0	0
Convenciendo a las autoridades	0	0	1
Amistad con las autoridades	1	2	1
Afinidad política	1	0	0
Presión y/o solicitud de la comunidad	0	1	0
No apoya de ninguna forma	0	0	0

Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

* 3 personas entrevistadas en Atyrá y Cnel. Duarte, 2 personas entrevistadas en B. Caballero

Uno de los principales mecanismos de colaboración y vínculos establecidos por el Consejo y los dos SubConsejos de Salud con el gobierno municipal, se basa en las relaciones de amistad existente con las autoridades municipales; mientras el mecanismo basado en la elaboración de buenos proyectos, solamente se da en el caso del Consejo de Atyrá urbano y está ausente en los SubConsejos.

La presión de la comunidad para obtener la colaboración del gobierno municipal es una práctica señalada en el caso del SubConsejo de Cnel. Duarte, mientras dicho mecanismo no se halla incorporado en los otros casos en estudio. La afinidad política también aparece como uno de los mecanismos utilizados en el caso únicamente del Consejo de Atyrá.

De modo que todos los mecanismos mencionados están presentes en las prácticas del Consejo y los SubConsejos, aunque de manera diferenciada, a opinión de los entrevistados.

El nivel de influencia del Consejo Local de Salud en las acciones de salud de la Municipalidad presenta el siguiente comportamiento; mucha influencia considerada en un 66% de los datos en el caso de Atyrá; regular es calificada en los 3 casos; y poca influencia para el 50% de los entrevistados de Bernardino Caballero. Sin embargo el 66% de los entrevistados de Cnel. Duarte no entregaron datos por desconocimiento.

Al revisar la tendencia de los Consejos Locales de Salud, todos los actores entrevistados coinciden que el crecimiento de los Consejos constituye la tendencia generalizada.

Se puede identificar que los Consejos de Salud, la Municipalidad local y el Centro de Salud, se constituyen para la población en espacios o referentes para la canalización de sus demandas de atención en salud, con lo que se amplía la alternativa para la atención de las necesidades de salud.

EL PLAN LOCAL DE SALUD

Los resultados muestran que los 3 casos estudiados no cuentan con Planes Locales de Salud, por lo que los aspectos que hacen a las etapas tanto de elaboración, ejecución, monitoreo, evaluación y difusión de los resultados, ya no se averiguan.

Los aspectos a ser fortalecidos para lograr la implementación del Plan Local de Salud; no se han reportado los datos, por lo que no se presenta el gráfico correspondiente.

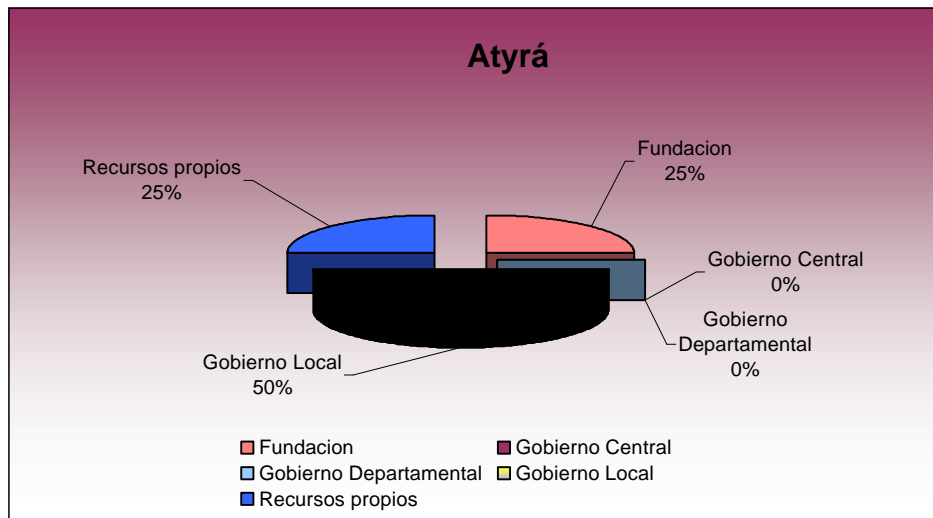
LOS RECURSOS: ORIGEN Y DESTINO

Los principales resultados dan cuenta que en términos del incentivo monetario percibido por los miembros de los Consejos, en los 3 casos no existe ninguna remuneración de las 10 personas que integran tanto el Consejo y los respectivos SubConsejos a cambio de las labores que realizan. De

modo que el aporte de los recursos humanos adquiere un carácter netamente voluntario, donde la convicción y el compromiso se tornan en los móviles del quehacer.

La disponibilidad de recursos muestra un comportamiento diferenciado, como se puede apreciar; en el caso de Ayrá obtiene los fondos ocasionalmente provenientes del Gobierno Local en un 50%; el 25% de los recursos son provenientes de Fundaciones y el 25% son recursos propios.

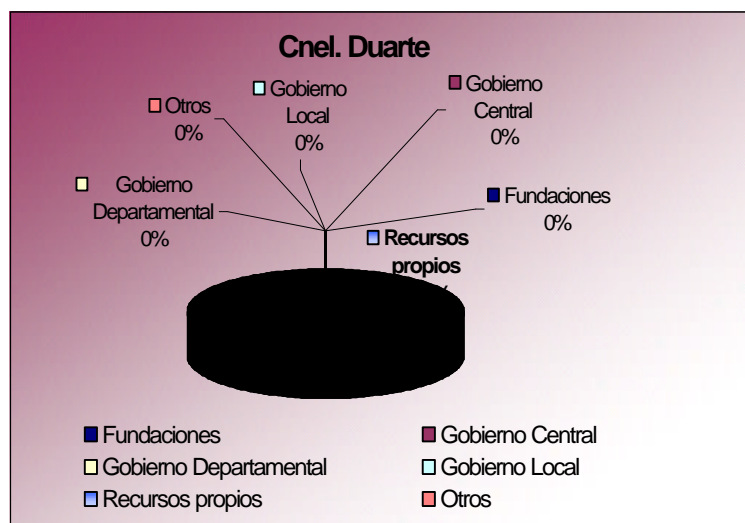
Figura 5.2.2
Ayrá: Origen de los Recursos



Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

Al revisar el origen de los Recursos; se evidencia una diversidad de situaciones; así el caso de Ayrá recibe transferencias; mientras los otros dos Consejos no cuentan con transferencias.

Figura 5.2.3
Cnel. Duarte: Origen de los Recursos



Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

Cnel Duarte obtiene recursos propios en un 100%; mientras B. Caballero no cuenta con recursos por lo que no se grafica.

Cuadro 5.2.8

Comportamiento de los fondos manejados por los Consejos de Salud: 2001 y 2002

Consejos	Monto 2001	Estimado 2002
Atyrá	No sabe	No Sabe
Cnel. Duarte	No sabe	No Sabe
B. Caballero	No sabe	No Sabe

Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

En Los 3 casos los entrevistados mencionan desconocer el comportamiento de los recursos financieros a pesar de que en los casos de Atyrá y Cnel. Duarte cuentan con fondos. Por su parte B. Caballero no puede aportar con los datos, dado que nos dispone de recursos.

En casos de emergencias el Consejo de Atyrá recurre a la Municipalidad para cubrir los gastos y en el caso de Cnel. Duarte recurre a los vecinos, mientras Bernardino Caballero no hace nada ante casos de gastos urgentes.

La cooperación para la atención sanitaria recibida por el Consejo y los SubConsejos de Salud, se presenta a continuación; así el caso de Atyrá urbano recibe la cooperación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, también cuenta con transferencias; mientras los SubConsejos no reciben cooperación alguna de ninguna de las posibles entidades cooperantes.

La visión de los actores locales respecto a la capacidad del Consejo para generar recursos, refiere que en los 3 casos es poca la capacidad en opinión del 80% de los entrevistados y el 20% señala que es mucha la capacidad.

Los aportes de la comunidad a favor de la salud de la población en el caso de Bernardino Caballero se dan en concepto de materiales de construcción, mientras Atyrá y Cnel. Duarte no entregan ningún bien ni servicio.

La consulta relacionada a las facilidades y dificultades para la obtención de recursos con relación a 2 años atrás; en los 3 casos señalan que resulta más difícil según el 80% de las respuestas; mientras 2 entrevistados de Atyrá señalan que es más fácil y un 25% de los entrevistados de B. Caballero sostienen que es igual.

5- FUNCIONAMIENTO ORGÁNICO DEL CONSEJO LOCAL DE SALUD.

Para realizar un análisis más exhaustivo de este tema, se ha procedido a considerar tanto la legitimidad jurídica como operativa.

5.1. LEGITIMIDAD JURIDICA

El Consejo de Salud y los respectivos SubConsejos presentan diferentes períodos de conformación; así el Consejo de Salud de Atyrá urbano lleva 4 años de conformación; mientras los subconsejos llevan apenas unos meses de conformación. Uno de los subconsejos (Bernardino Caballero) se había conformado recién, y el otro (Cnel. Duarte) se estaba conformando al tiempo de la realización de la encuesta.

El Consejo de Atyrá urbano y el SubConsejo de Cnel. Duarte cuentan con reconocimiento por Resolución Municipal; mientras que el Consejo de Bernardino Caballero no cuenta con el

reconocimiento por Resolución Municipal. En ninguno de los casos cuentan con reglamento interno.

Elementos motivadores para la creación de los Consejos Locales de Salud.

La motivación para la conformación de los Consejos Locales en el caso de Atyrá Urbano estuvo a cargo de las autoridades municipales y el Ministerio de Salud; en el caso de Cnel. Duarte ha sido motivado por el Consejo Local de Atyrá urbano y el Ministerio de Salud, mientras el SubConsejo de Bernardino Caballero estuvo a cargo del Ministerio de Salud y particulares.

Número de integrantes

El número de integrantes de los Consejos de Salud está dada de la siguiente manera; 10 miembros en el caso de Atyrá urbano; 7 personas en Cnel. Duarte y Bernardino Caballero integra a 10 miembros. Los mismos están representados a través de 7 organizaciones, instituciones diversas y particulares.

Conocimiento de las normativas legales

El conocimiento que tienen los actores entrevistados respecto a las normativas legales que incluye a la Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud N°. 1.032; Decreto N°. 19.966 de Descentralización Sanitaria; Decreto N°. 22.385 Funcionamiento de los Consejos Locales de Salud; Decreto 21.376 Nueva organización del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la Resolución de Reconocimiento del Consejo Local de Salud, se observa a partir del siguiente cuadro demostrativo.

Cuadro 5.2.9

Conocimiento acerca de las Normativas Legales: Consejos Locales de Salud. Municipio de Atyrá.

Consejos	Ley 1.032	Decreto 19.966	Decreto 22.385	Decreto 21.376	Resolución
Atyrá urbano	No	No	No	No	Sí
Cnel. Duarte	No	No	No	No	No
Bernardino Caballero	No	No	No	No	No

Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

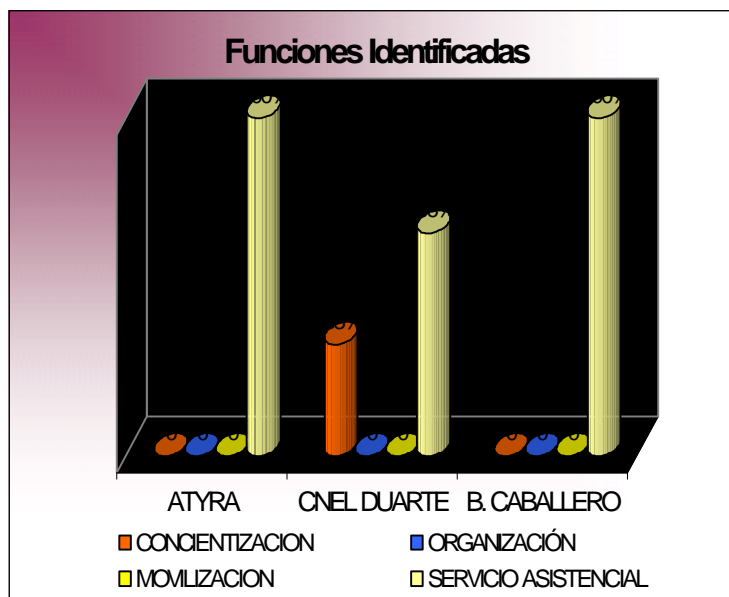
Se puede observar que todos desconocen reglamentaciones legales, excepto Atyrá urbano tiene conocimiento de uno de los instrumentos legales de los 5 citados -la Resolución a través de la cual se reconocen a los Consejos Locales-.

A través del cuadro se puede observar que ninguno de los entrevistados tiene conocimiento a cerca del Decreto 19.966 que respalda la Descentralización Sanitaria en el país.

5.2 LEGITIMIDAD OPERATIVA

Funciones de los Consejos Locales de Salud

Figura 5.2.4
Las Funciones del Consejos Locales: Atyrá urbano, Cnel. Duarte y Bernardino Caballero



Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

El servicio asistencial en los 3 casos analizados se convierte en la principal función con la cual se identifican el Consejo de Atyrá y los SubConsejos de Bernardino Caballero y Cnel. Duarte, el único SubConsejo que también menciona la función de concientización es Cnel. Duarte. De modo que en todos los casos se encuentran ausentes las funciones relativas a la organización y movilización.

Acciones desarrolladas

Las acciones desarrolladas en cumplimiento de sus funciones presentan diversidad. Así en el caso del Consejo de Atyrá urbano incluye la gestión y trabajos con el gobierno municipal y el gobierno departamental, mientras los SubConsejos de Cnel. Duarte y Bernardino Caballero declaran desconocer las acciones desarrolladas al respecto.

Frecuencia de reuniones y periodo de renovación de autoridades

Los 3 casos se reúnen periódicamente, con una frecuencia mensual en el caso de Atyrá urbano; mientras los SubConsejos de Cnel. Duarte y Bernardino Caballero lo hacen semanalmente y en términos estrictos no se ajustan a las especificaciones reglamentarias la frecuencia de reuniones ordinarias. Todas las reuniones son registradas en actas en los 3 casos.

La renovación de las autoridades presentan comportamientos diferenciados respecto a la frecuencia; así Atyrá urbano señala que corresponde a más de 2 años; Cnel. Duarte cada 2 años y Bernardino Caballero señala que será anual.

La consulta respecto a la cantidad de personas que requiere ser involucrada en la instancia del Consejo, el 80% de las 10 personas entrevistadas sostienen que requiere ser incrementada,

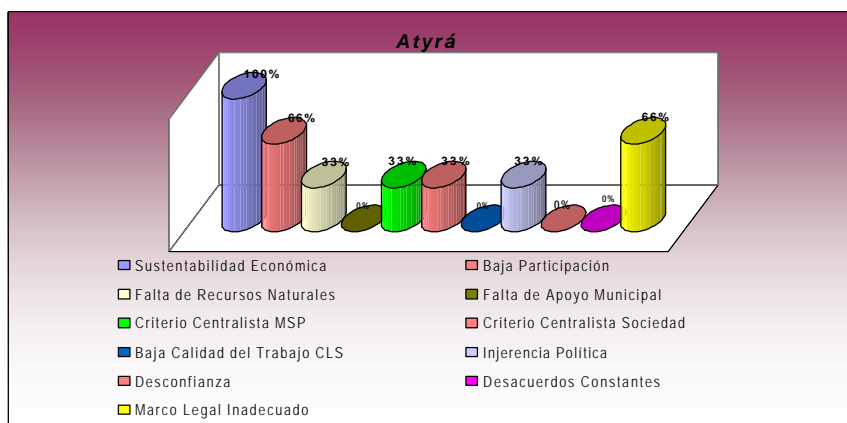
mientras el 10% de Cnel Duarte y en la misma proporción de Bernardino Caballero consideran que funcionará igualmente manteniendo la misma cantidad de integrantes.

La consideración en términos de correspondencia de la normativa legal –Decreto N°. 19966- al funcionamiento del Consejo Local de Salud, el 90% de los entrevistados declaran desconocer tal situación y el 10% de la respuesta obtenida de Ayrá califica que se existe la correspondencia considerada.

Dificultades para el buen funcionamiento de los Consejos Locales de Salud

La opinión recogida de los entrevistados respecto a las amenazas al buen funcionamiento de los Consejos Locales de Salud, se observan en los gráficos.

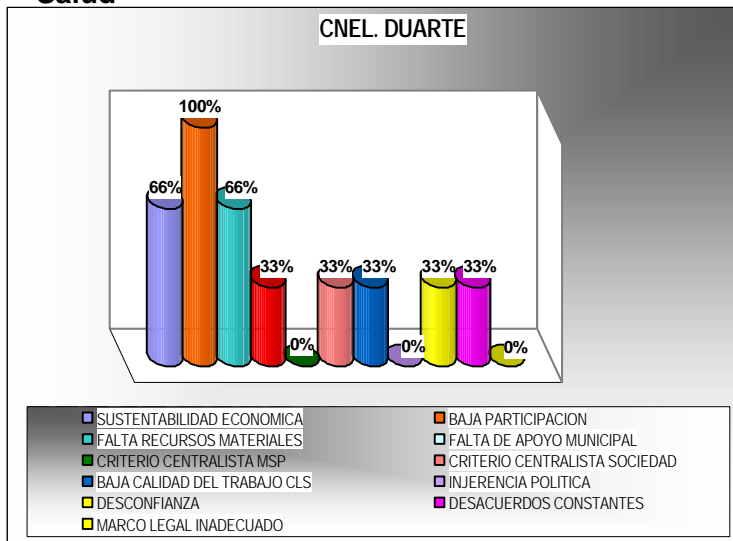
Figura 5.2.5
Ayrá: Las amenazas al buen funcionamiento del Consejo Local de Salud



Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

Según la visión de los entrevistados de Ayrá la amenaza al buen funcionamiento del Consejo se halla vinculada a la sustentabilidad económica señalada (100% de la opinión); seguido por los factores relativos a la baja participación de la gente junto al marco legal inadecuado (66%); y en la tercera posición se ubican la falta de recursos materiales; el criterio centralista del Ministerio de Salud y de la propia sociedad; la injerencia política con 33% cada uno. Sin embargo no se consideran amenazas los factores relativos a la falta de apoyo municipal; la desconfianza; los desacuerdos constantes; la baja calidad del Trabajo del Consejo Local.

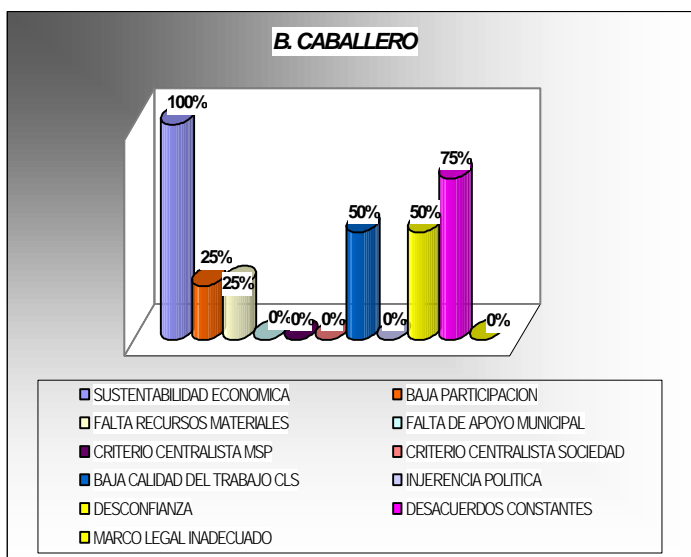
Figura 5.2.6
Coronel Duarte: Las amenazas al buen funcionamiento del SubConsejo Local de Salud



Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

La baja participación de la gente ocupa el lugar principal dentro del conjunto de amenazas (100%); la sustentabilidad económica junto a la falta de recursos materiales ocupa la segunda posición (66% cada uno). La falta de apoyo municipal; el criterio centralista de la sociedad; la baja calidad del Trabajo del Consejo Local de Salud; la desconfianza y los desacuerdos constantes alcanzan el (33%) cada uno. Los factores que no fueron calificados como amenazas son: el criterio centralista del Ministerio de Salud Pública; la injerencia política y el marco legal inadecuado.

Figura 5.2.7
Bernardino Caballero: Las amenazas al buen funcionamiento del SubConsejo Local de Salud



Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

Las respuestas relevadas señalan que la sustentabilidad económica es la principal amenaza (100% de los entrevistados); los desacuerdos constantes representa la segunda amenaza en orden de importancia (75%); la desconfianza; la baja calidad del Trabajo del Consejo Local de Salud representan el tercer grupo de amenazas (50%); mientras la falta de recursos materiales y la baja participación de la gente conforman el otro grupo de factores de amenazas al buen funcionamiento del Consejo de Salud.

Los siguientes factores no son considerados como amenazas; el marco legal inadecuado; la falta de apoyo municipal; el criterio centralista del Ministerio de Salud Pública y de la propia sociedad.

6- PARTICIPACIÓN DEL GOBIERNO MUNICIPAL EN SALUD.

6.1. LA AGENDA DEL GOBIERNO MUNICIPAL

Los programas de salud desarrollados por la administración municipal de Atyrá incluyen los servicios relacionados a entrega de medicamentos a insolventes principalmente. También cuenta con acciones en el ámbito de la Salud Pública como el aseo urbano, limpieza, campañas de vacunación.

La agenda pública comprende las siguientes áreas de intervención, cuya prioridad está establecida por el Gobierno municipal y muestra el siguiente comportamiento.

Cuadro 5.2.10 Áreas Prioritarias de la Agenda Municipal

Area*	Posición
Salud	1
Educación	2
Aseo Urbano	3
Participación ciudadana	4
Desarrollo Económico	5
Juventud	6
Infraestructura	7

*Ordenados de mayor a menor prioridad

Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

Se observa la posición prioritaria de la salud dentro de la agenda municipal, según la declaración del Intendente de Atyrá, seguido de la educación y a continuación se encuentra aseo urbano. También la participación ciudadana ocupa un lugar preferencial, ubicándose en la posición número 4, seguido del programa de desarrollo económico. El área juventud e infraestructura se ubican en los últimos lugares en la posición 6 y 7 respectivamente.

Sin embargo cuando se consulta respecto a la partida presupuestaria del 2001 y 2002 destinada a la salud, manifiesta que no maneja los datos de la administración anterior -correspondiente al año 2001-, pero que la actual administración cuenta con recursos financieros destinados a programas de salud, cuyo monto se encuentra alrededor de los 12.000.000 de guaraníes. Dicho presupuesto tiene como fuente de ingreso recursos propios y las donaciones que recibe la municipalidad.

El Consejo Local de Salud se siente escuchado por la Municipalidad en los casos de; campañas masivas, provisión de recursos y organización de SubConsejo Local de Salud en las compañías.

Cnel Duarte se siente escuchado por la municipalidad respecto a la provisión de recursos y también la organización del Consejo Local de Salud en las compañías, mientras B. Caballero

mediante la provisión de recursos, la organización del Consejo Local de Salud en las compañías y en temas conflictivos.

6.2. APORTES A FAVOR DE LA SALUD

Servicios que brinda

El tipo de servicio que ofrece el gobierno municipal incluye la entrega de medicamentos a insolventes, también aparecen otras acciones como el aseo urbano; las campañas de vacunación que se ubican en el ámbito de la Salud Pública en general.

Tales medidas responden a las prácticas propias del quehacer municipal en el campo sanitario, aunque la entrega de medicamentos, puede tener varias explicaciones básicas. Por un lado la creciente crisis que atraviesa la población que ante los problemas de salud acude a los servicios asistenciales y a falta de recursos no completan el tratamiento, siendo generalmente la compra de medicamentos el rubro más afectado.

Por otro lado, la práctica asistencial es el enfoque predominante en el quehacer de las instituciones públicas. Llamativamente la salud no está priorizada dentro de la agenda del gobierno municipal, pero cuenta con la asignación presupuestaria que para el año 2002 se encuentra alrededor de los 12.000.000 guaraníes.

La administración de tales recursos queda a cargo de los Centros y Puestos de Salud, sin un instrumento de control, de modo que las rendiciones se dan solamente a través de los acuerdos verbales. Cabe señalar que no existe ningún servicio o bien que haya sido tercerizado.

El gobierno municipal no ha recepcionado ningún proyecto de solicitud de apoyo por parte del Consejo Local de Salud, de modo que no apoyó ningún proyecto.

Se tienen en cuenta las propuestas de la municipalidad en el Consejo Local de Salud y han sido potenciadas las relaciones municipales con otros organismos locales, departamentales y nacionales, sean públicas o privadas a través del Consejo Local de Salud.

El perfil del representante municipal ante el Consejo requiere de confianza; experiencia de trabajo en el campo organizativo y el mérito personal para asumir la función. El aporte del representante municipal en el Consejo se ve reflejado entre otros aspectos en la influencia del Consejo en los objetivos del gobierno municipal.

Se difunden informaciones relativas a la salud a través de diversos mecanismos, sean éstos mediante el contacto directo con políticos, también son empleadas las radios como medios de difusión.

7- ARTICULACIÓN DE INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES LOCALES DE SALUD.

Se puede observar que el Consejo Local de Salud de Atyrá no participa en redes. Sin embargo la relación con la comunidad es buena y el Consejo local de salud ha potenciado relaciones de la autoridad local con otros organismos.

Igualmente existe coordinación de la Municipalidad en actividades relacionadas con la conservación y el medio ambiente.

Cuadro 5.2.11 Articulaciones entre el Consejo Local de Salud y otras Instituciones

Municipio de Atyrá	
Participación del C.L.S en redes	NO
Relación con autoridades	MSP; Municipalidad
Relación del C.L.S con la comunidad	Buena
El C.L.S potenció las relaciones Municipales con otros organismos	Sí
Coordinación de la Municipalidad en tareas de conservación y mejoramiento del medio ambiente	Sí

Fuente: Entrevista a Actores Locales Clave. 2002

8- ACCESO E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL (SIG)

8.1. Capacidad Gerencial Desarrollada:

El Sistema de Información Gerencial (SIG) es una metodología que permite conocer la gestión de los establecimientos de salud para mejorar la eficiencia en la toma de decisiones.

Los resultados muestran que la persona entrevistada no asistió a ningún taller de capacitación sobre el SIG, pues todavía no se había implementado el SIG en esta localidad.

9- TIPOS DE SERVICIOS OFRECIDOS (COBERTURA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS OFERTADOS)

Los cuadros y figuras que se presentan a lo largo de este documento corresponden a tres establecimientos de salud ubicados en el Departamento de Cordillera. Los establecimientos tienen diferentes clasificaciones de acuerdo a las tipificaciones establecidas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (M.S.P. y B.S). El establecimiento de mayor envergadura constituye el de Atyrá, puesto que es un Centro de Salud, mientras que los establecimientos de Cnel. Duarte y Bernardino Caballero son de menor envergadura y se encuentran clasificados como Puestos de Salud. Estas diferencias son particularmente marcadas cuando se comparan la cantidad de funcionarios y el total de horas trabajadas en los diferentes establecimientos.

9.1. DOTACIÓN DE PERSONAL

Como se puede notar en el siguiente cuadro en el Centro de Salud de Atyrá se encuentran ocupadas un total de 21 personas que mensualmente representan un total de 2.968 horas trabajadas. Estos valores son mayores a los de Cnel Duarte y Bernardino Caballero, donde en ambos puestos existe un funcionario que trabaja un total de 160 horas al mes. Cabe destacar el tipo de personal disponible en los establecimientos, en Atyrá hay dos médicos, dos odontólogos y 3 obstetras, 10 auxiliares de enfermería incluyendo un auxiliar de odontología, 2 personales administrativos, y el mismo número de personales de apoyo. Mientras que en Cnel. Duarte y en Bernardino Caballero cuentan con una auxiliar de enfermería.

Cuadro 5.2.12**Plantel de funcionarios de los establecimientos públicos de salud del distrito de Atyrá.**

Tipo de Personal	Centro de Salud de Atyrá		Puesto de Salud de Cnel. Duarte		Puesto de Salud de B. Caballero	
	Cantidad	Horas al mes	Cantidad	Horas al mes	Cantidad	Horas al mes
Médico	2	140	-	-	-	-
Odontólogo	2	96	-	-	-	-
Obstetra	3	504	-	-	-	-
Auxiliar de Enfermería	10	1.680	1	160	1	160
Administrativo	2	264	-	-	-	-
Personal de Apoyo	2	284	-	-	-	-
TOTAL	21	2.968	1	160	1	160

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

9.2. TIPOS DE SERVICIOS OFRECIDOS

Los servicios constituyen principalmente las internaciones, las consultas, las urgencias y las charlas. El servicio de internación en el Centro de Salud de Atyrá, posee una dotación de 2 camas. Ambas camas son utilizadas para las internaciones gineco-obstetricias, pero pueden ser utilizadas para otros fines también.

Las consultas comprenden servicios de Salud Materna: Papanicolau, controles pre y post natal, parto normal, etc. Servicios de Salud Infantil: Diarrea, infección respiratoria aguda (IRA), vacunación, etc. y los diferentes métodos de Planificación Familiar.

Las charlas sobre planificación familiar, salud materna y salud infantil se realizan en los tres establecimientos.

Las distinciones principales entre el Centro de Salud y los Puestos de Salud se encuentran en la disponibilidad del servicio de internación y de guardia. Además de no contar con los servicios mencionados, el Puesto de Salud de Bernardino Caballero no cuenta con atención odontológica, mientras que en el de Cnel. Duarte se da un caso especial, pues cuenta con un odontólogo determinados días de la semana, que viene del Centro de Salud de Atyrá. Los pobladores de Bernardino Caballero pueden recurrir a comunidades adyacentes para su atención odontológica.

Cuadro 5.2.13**Disponibilidad de los servicios ofrecidos en los establecimientos públicos del Distrito de Atyrá.**

Servicios Ofrecidos	Centro de Salud de Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud de B. Caballero
Internación			
Clínica médica	D	ND	ND
Pediatría	D	ND	ND
Gineco-Obstetricia (Parto)	D	ND	ND
Consultas			
Clínica	D	D	D
Pediatría	D	D	D
Crecimiento y Desarrollo	D	D	D
Diarrea	D	D	D
IRA	D	D	D
Vacunación	D	D	D
Control Pre-natal	D	D	D
Control Post-natal	D	ND	D
Papanicolau	D	D	D
PF	D	D	D
Urgencia	D	D	D
Guardia (24 horas)	D	ND	ND
Activa	D	ND	ND
Pasiva	ND	ND	ND
Charlas	D	D	D
Odontología	D	D	ND
Quirófano	ND	ND	ND
Laboratorio	ND	ND	ND
Rayos X	ND	ND	ND

D = Disponibilidad del servicio

ND = No disponibilidad del servicio

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

El único programa que no se desarrolla en ninguno de los establecimientos es el de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y SIDA. Otros programas que no se están ejecutando en todos los establecimientos son: Nutrición sólo se desarrolla en Bernardino Caballero y el programa de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia sólo está en ejecución en Atyrá.

Cuadro 5.2.14 Programas del M.S.P. y B.S. disponibles en el distrito de Atyrá

Programas	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Inmunización	D	D	D
E.T.S. y Sida	ND	ND	ND
Nutrición	ND	ND	D
Vigilancia y control del niño	D	D	D
A.I.E.P.I.	D	ND	ND
PF	D	D	D
Materno infantil	D	D	D

(*) Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia

D = Disponibilidad del servicio

ND = no-disponibilidad del servicio

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

A continuación se detallan la disponibilidad y la producción de los servicios de Planificación Familiar, de Salud Materna y de Salud Infantil.

9.2.1. Servicios de Planificación Familiar

El siguiente cuadro presenta información sobre los días disponibles para la administración de los métodos de planificación familiar a los/as usuarios/as en los establecimientos de salud. Se observa que las pastillas anti-conceptivas y los condones, constituyen los métodos con mayor disponibilidad en días en los establecimientos, es decir, se ofrecen de lunes a sábados ó a viernes. El método de inyecciones anti-conceptivas no está disponible en Cnel. Duarte, y el DIU sólo se administra en el centro de salud de Atyrá. Los métodos de esterilización no se ofrecen en ninguno de los establecimientos, mientras que el método natural de planificación familiar solo es ofrecido en el establecimiento de Atyrá.

Cuadro 5.2.15
Días Disponibles de Planificación Familiar (PF) por tipo de método

Método	Centro de Salud de Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud de B. Caballero
Pastillas	6	6	5
Inyecciones	6	ND	5
DIU*	6	ND	ND
Condón	6	6	5
Esterilización Femenina	ND	ND	ND
Esterilización Masculina	ND	ND	ND
Método Natural	6	ND	ND

* DIU: Dispositivo Intrauterino

D = Disponibilidad del servicio

ND = No disponibilidad del servicio

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

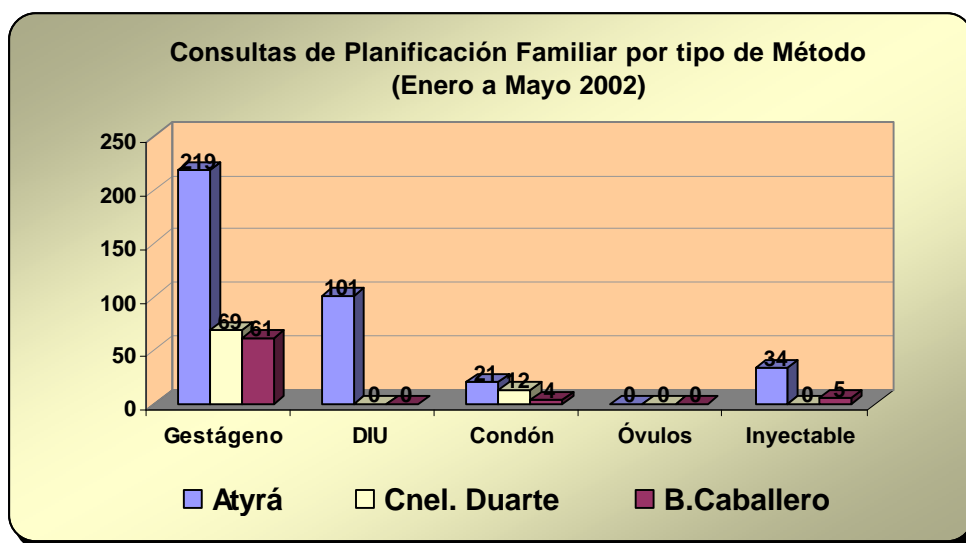
La cantidad de consultas realizadas de Enero a Mayo de 2002 señala los métodos más comunes de planificación familiar en estos establecimientos. En los 3 establecimientos el método más utilizado constituye la pastilla (o gestágenos), método visiblemente de mayor relevancia tanto en el

Centro de Salud de Atyrá con 219 consultas como en el Puesto de Salud de Cnel. Duarte con 69 consultas. Lo anterior también se demuestra en el mayor número de nuevas usuarias (en total 40 en los 3 establecimientos) de las pastillas, como también en el uso del DIU (en total 26 nuevas usuarias en los 3 establecimientos).

Cabe mencionar la importancia de la disponibilidad de los métodos, sobre todo de los más utilizados para prevenir los embarazos no deseados.

El gráfico muestra todas las usuarias conocidas de los métodos de planificación familiar en los 3 establecimientos. Nótese que el condón tiene más usuarios/as conocidos/as en Cnel. Duarte que en Atyrá, donde la población es mucho mayor.

Figura 5.2.8



DIU: Dispositivo Intrauterino
Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

Las charlas sobre planificación familiar se realizan en los tres establecimientos, tanto a las/os usuarias/os como no usuarias/os de los métodos de PF.

9.2.2 Servicios de Salud Materna

Los servicios de salud materna se ofrecen en todos los establecimientos participantes en el proyecto. Hubo un total de 438 consultas prenatales en los 3 establecimientos, que corresponden a 146 mujeres embarazadas en el periodo considerado (enero a mayo de 2002). El parto por cesárea no es ofrecido en ninguno de los establecimientos, sólo el parto normal.

Nótese que el servicio de parto normal es ofrecido sólo en el establecimiento de Atyrá, pero de las 139 mujeres embarazadas que hicieron sus controles pre-natales en este establecimiento, la mayoría tuvo su parto en otro centro asistencial, pues sólo hubo 23 partos en Atyrá. Esto demuestra una tendencia a realizar controles en un establecimiento para luego en el momento del parto elegir hospitales con infraestructura mayor, como el Hospital Regional de Caacupé, que es el hospital al cual son referidos los pacientes de Atyrá.

La vacunación antitetánica para mujeres en edad fértil y embarazadas tiene una alta incidencia en el Centro de Salud de Atyrá y en uno de los puestos de salud.

Cuadro 5.2.16
Consultas realizadas en Servicios de Salud Materna (De Enero a Mayo de 2002)

SERVICIOS	Centro de Salud de Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud de B. Caballero
DT*	191	41	3
Con. Prenatal	418	6	14
Con. Puerperal	20	0	0
Parto Normal**	23	0	0
Cesárea	0	0	0
PAP	375	0	0
TOTAL	1.027	47	17

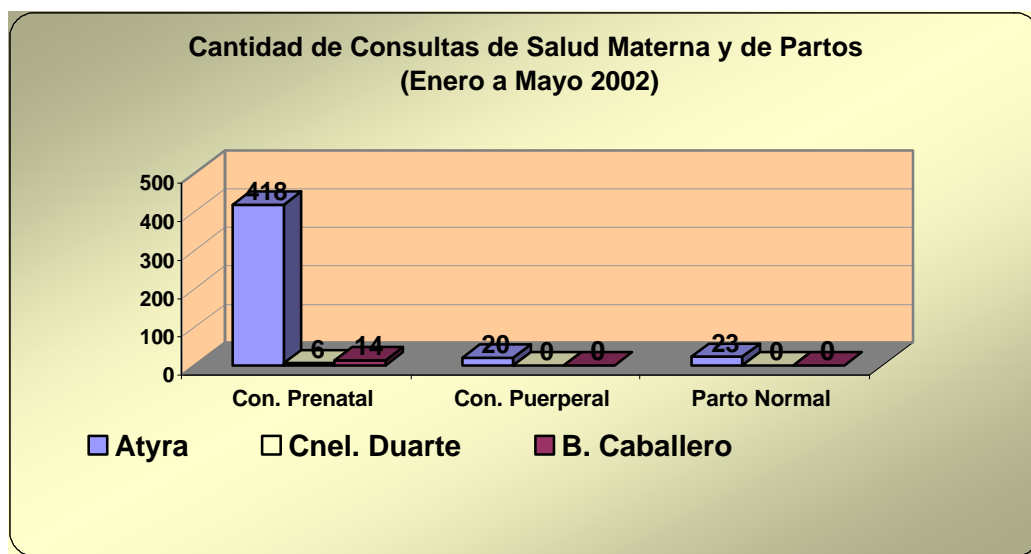
* Para embarazadas y mujeres en edad fértil.

** Parto normal sólo se realiza en el Centro de Salud y no en los Puestos de Salud, mientras que el servicio de cesárea no se ofrece en ninguno de éstos establecimientos.

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

El control prenatal constituye el servicio más utilizado en los 3 establecimientos, mientras que el postnatal disminuye sustancialmente, lo que evidencia una deficiencia en el control pos-parto. Se observan pocas consultas en los servicios de salud materna.

Figura 5.2.9



Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

Las mujeres a punto de dar a luz tienen la posibilidad de informarse con respecto a lo que pueden hacer para que el niño en gestación disfrute de buena salud al nacer.

En todos los establecimientos se ofrecen temas puntuales para las mujeres en gestación. Como se observa en el cuadro siguiente, algunos de estos temas son: nutrición durante el embarazo, amamantamiento exclusivo, higiene durante el embarazo, indicios de complicaciones durante el embarazo, cuidado del recién nacido, y nutrición de la mujer después del embarazo. El único tema no abordado en el Puesto de Salud de Cnel. Duarte es acerca de la higiene durante el embarazo.

Cuadro 5.2.17 Temas de las charlas brindadas referente a Salud Materna

Charlas: Salud Materna	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Nutrición durante el embarazo	Sí	Sí	Sí
Amamantamiento exclusivo	Sí	Sí	Sí
Higiene durante el embarazo	Sí	No	Sí
Indicios de complicaciones en el embarazo	Sí	Sí	Sí
Cuidado del recién nacido	Sí	Sí	Sí
Nutrición de la mujer después del parto	Sí	Sí	Sí

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

9.2.3. Servicios de Salud Infantil

El servicio de salud infantil incluye varias atenciones, entre las más importantes se encuentran tanto las consultas por enfermedad como los controles acerca del crecimiento y desarrollo del niño.

Como se observa en el cuadro siguiente existe interés por parte de la población en controlar el desarrollo de los niños, en los 3 establecimientos se realizaron en total 1.556 consultas de pediatría en el periodo considerado (de enero a mayo de 2002) e incluye las consultas de crecimiento y desarrollo del niño, las de diarrea, las de Infección Respiratoria Aguda (IRA), entre otras. El mayor número de consultas de pediatría se realizó en el Centro de Salud de Atyrá, en comparación a los Puestos de Salud de Bernardino Caballero y Cnel. Duarte, que registraron muy pocas consultas. Como se puede apreciar en el cuadro de abajo, las infecciones respiratorias son un motivo importante de consulta en Atyrá.

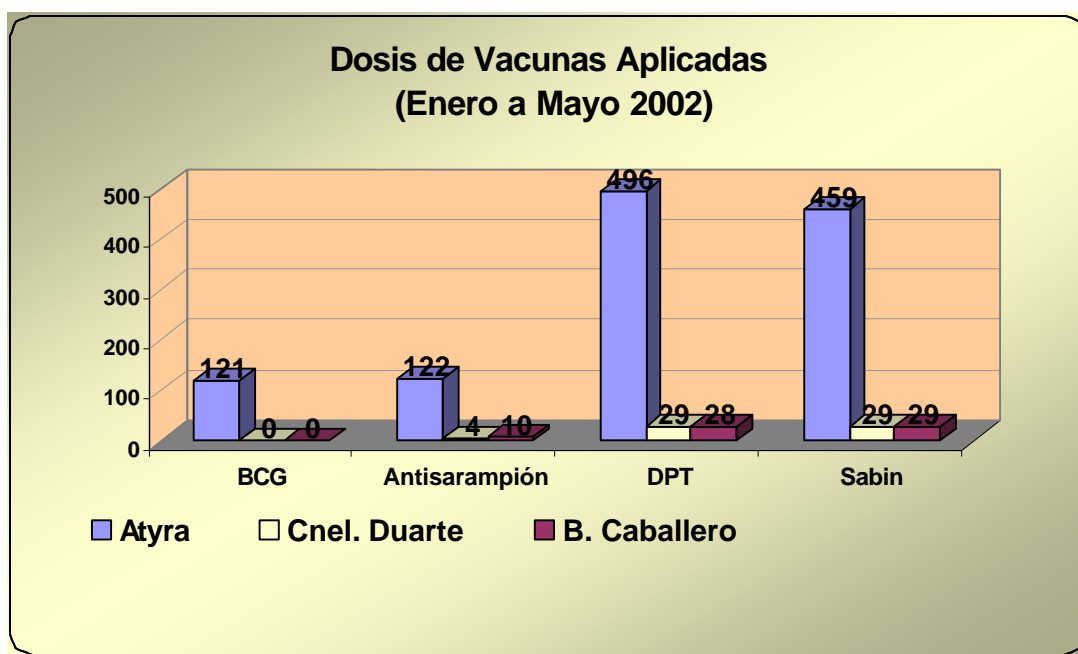
Cuadro 5.2.18 Consultas de Salud Infantil realizadas en los tres Establecimientos del Distrito (De Enero a Mayo de 2002)

SERVICIOS	Centro de Salud de Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud de B. Caballero
<i>Consulta Pediatría</i>	1.459	57	40
Crec. y Desarrollo	72	0	0
IRA	289	0	0
C. Diarrea	41	0	0
<u>Vacunación</u>			
<i>BCG</i>	121	0	0
<i>Antisarampión</i>	122	4	10
<i>DPT</i>	496	29	28
<i>Sabin</i>	459	29	29
TOTAL	2.657	119	107

*El total de consulta de pediatría incluye la consulta de crecimiento y desarrollo, de IRA, de diarrea, entre otros.

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

Figura 5.2.10



Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

Los niños recibieron dosis de las vacunas de BCG, de Anti-Sarampión, DPT y Sabin, siendo éstas dos últimas las de mayor utilización, con 496 aplicaciones de DPT y 459 de Sabin en el establecimiento de Atryá. Esto se explica en parte porque un niño requiere de 5 dosis en total de las vacunas de DPT y de Sabin, mientras que de BCG una dosis y de Anti-Sarampión 3 dosis. Cabe destacar que las dosis de DPT y de Sabin no coinciden en el establecimiento de Atryá debido a la falta de vacunas en algunas épocas y tampoco se realizaron vacunaciones de BCG en Cnel. Duarte y en Bernardino Caballero.

Como en el caso de Planificación Familiar y de Salud Materna, los establecimientos de salud también ofrecen charlas sobre salud infantil, como para que las madres en particular puedan estar bien informadas de lo que pueden hacer para prevenir enfermedades, y si se enferman los niños que pueden hacer para ayudarlos. En el departamento de Cordillera todos estos temas son abordados en todos los establecimientos.

Cuadro 5.2.19 Temas de las charlas brindadas referentes a Salud Infantil

Charlas: Salud Infantil	Centro de Salud Atryá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Prevención de diarrea	Sí	Sí	Sí
Prevención enfermedades respiratorias	Sí	Sí	Sí
Rehidratación	Sí	Sí	Sí
Nutrición Infantil	Sí	Sí	Sí

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

9.3. DISPONIBILIDAD DE SUMINISTROS Y MEDICAMENTOS

Cabe mencionar la dificultad que tienen los establecimiento de salud para obtener recursos y medicamentos por parte del M.S.P. y B.S, el agotamiento es elocuente en algunos establecimientos sobre todo en aquellos donde no funcionan los Consejos Locales de Salud (CLS).

Se puede ver que la transmisión de enfermedades sanguíneas a través de inyecciones no es posible puesto que no se repiten los usos de las jeringas, todas las utilizadas son desechables.

Todos los establecimientos cuentan con termos y heladeras para vacunas, 2 de los mismos han quedado sin insumos en los últimos 6 meses y todos sin medicamentos. Ahora, mientras que los establecimientos de Atyrá y de Bernardino Caballero no cuentan con insumos disponibles en los últimos seis meses, el de Cnel. Duarte no presenta desabastecimiento. Bernardino Caballero sufre de ciertas limitaciones ya que no cuenta con métodos para esterilizar sus instrumentos.

Cuadro 5.2.20 Disponibilidad de insumos y medicamentos

Concepto	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Se cuenta con insumos disponibles	Sí	Sí	Sí
Han dejado de tener medicamentos en los últimos 6 meses	Sí	Sí	Sí
Cuenta con heladera para vacunas	Sí	Sí	Sí
Termo para vacunas	Sí	Sí	Sí
Caja para coloc. DIU	Sí	No	No
Se utilizan agujas desechables	Sí	Sí	Sí
Se han usado agujas mas de 1 vez	No	No	No
Se utilizan guantes desechables	Sí	Sí	Sí
Han dejado de tener insumos en los últimos 6 meses	Sí	No	Sí
Método para esterilizar instrumentos	Eléctrico	Cocina a Gas	ND

* DIU: Dispositivo Intrauterino

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

Los insumos para planificación familiar no se han acabado ni en Cnel. Duarte ni en Bernardino Caballero pero debe tenerse en cuenta que no todos los métodos son provistos en estos establecimientos, como inyecciones o DIU. Atyrá ha quedado sin insumos de pastillas en los últimos 6 meses, lo que implica un grave problema, pues las mujeres que utilizan este tipo de método pueden quedar embarazadas sin desearlo, y encima constituye el método de mayor uso.

En cuanto a la provisión de DIU y condones no mencionaron desabastecimiento. Es importante destacar que las personas que buscan algún método de planificación familiar tienen algunas opciones al alcance en estos establecimientos.

Cuadro 5.2.21 Stock por Tipo de Método

¿Se agotó el método en los últimos 6 meses?	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Pastillas	Sí	No	No
Inyecciones	No	ND	No
DIU	No	ND	ND
Condón	No	No	No

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

En los últimos 30 días ningún establecimiento reportó desabastecimiento de método anticonceptivo en aquellos que se ofrecen en los establecimientos.

10- COSTOS TOTALES Y UNITARIOS DE LOS SERVICIOS DE SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

Cuadro 5.2.22 Costo Total en Guaraníes			
Servicio	Establecimientos de Salud de:		
	Atyrá	Cnel. Duarte	Bernardino Caballero
Consultorio Clínica General	8.787.271	755.735	1.837.253
Urgencias			
Cirugía Menor	1.737.306	86.628	0
Otras Urgencias	3.239.612	209.755	0
Salud Infantil			
C. Pediatría	12.000.834	1.083.695	592.662
Crecimiento D.	1.105.741	0	0
IRA	2.146.112	0	0
C. Diarrea	326.443	0	0
SUB - TOTAL	15.579.129	1.083.695	592.662
Vacunación			
BCG	792.495	0	0
AntiSarampión	1.554.578	67.387	172.183
DPT	2.770.921	309.903	309.621
Sabin	1.233.889	228.458	237.080
SUB - TOTAL	6.351.883	605.748	718.884
Salud Materna			
DT	1.238.128	436.890	33.082
PAP	2.600.046	0	0
Control Prenatal	4.698.854	114.073	276.576
Control Puerperal	204.850	0	0
Parto Normal	14.592.439	ND	ND
Cesárea	0	ND	ND
SUB - TOTAL	23.334.316	550.963	309.658
Planificación Familiar			
Gestágeno			
Gest. Nuevas	778.187	0	84.146
Conocidas	1.222.970	1.072.270	636.046
DIU			
Nuevas	513.578	0	0
Conocidas	784.609	0	0
Condón			
Nuevas	312.918	0	21.771
Conocidas	51.925	195.302	35.681
Inyectable			
Nuevas	484.745	0	124.665
Conocidas	158.692	0	0
SUB - TOTAL	4.307.625	1.267.572	902.309
Odontología	28.008.181	1.039.360	0
TOTAL	91.345.323	5.599.455	4.360.766

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

La estimación de costo total se obtiene sumando lo siguiente: tiempo de personal médico básico asignado al servicio, tiempo de personal administrativo asignado al servicio, costo de suministros o medicinas específicas para el servicio (independientemente de quien los pague), y un valor que representa el 5% de la suma entre gastos administrativos y servicios médicos básicos.

Se aprecia que los costos totales en Atyrá son consistentemente mayores que en los puestos de salud. Esto se debe a que el establecimiento de Atyrá es de mayor envergadura contando con 21 funcionarios, mientras que en Cnel. Duarte y Bernardino Caballero ambos tienen 1 funcionario.

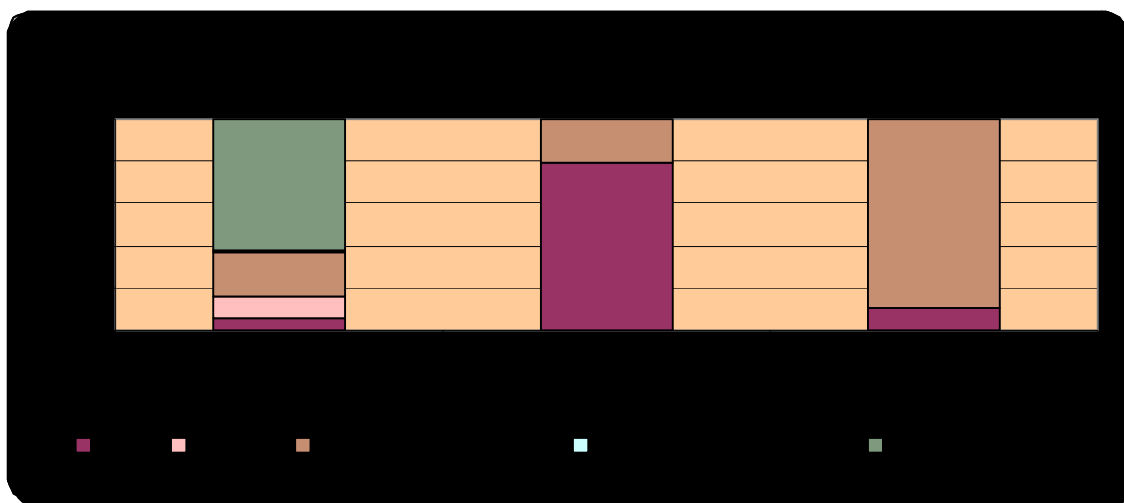
En el cuadro de la izquierda los servicios que tienen valor 0 no significan que tienen costo 0, sino que son aquellos donde no hubo producción o no se dispone/ofrece de ese servicio (ND).

Las diferencias en montos de los costos totales en el cuadro, se pueden adjudicar a dos factores: 1) El valor-hora del trabajo por ejemplo del médico, que varía entre un tipo de recurso humano y otro, pues el valor-hora del trabajo del médico es mayor que de un auxiliar de enfermería. 2) Otro factor importante que define el valor del costo total es la producción del servicio.

Como se nota en los datos correspondientes a los 3 establecimientos, en el servicio de Salud Infantil, el costo total de las consultas de pediatría en el Centro de Salud de Atyrá es de Guaraníes 15.579.129 e incluye las consultas de crecimiento y desarrollo, de IRA, de diarrea, entre otras; mientras que en el Puesto de Salud de Cnel. Duarte tiene un costo de Guaraníes 1.083.695.

En el gráfico siguiente se observa el comportamiento de la composición de los servicios de Salud Materna dentro de los costos totales. Como puede notarse las conductas son diferentes entre un establecimiento y otro. La suma de los costos totales de los diferentes servicios de Salud Materna tiene un valor de Gs.23.334.316 para el Centro de Salud de Atyrá, Gs. 550.963 para el Puesto de Cnel. Duarte y Gs.309.658 para el Puesto de Salud de Bernardino Caballero. Mientras que en el Centro de Salud de Atyrá hubo producción en los cinco servicios, en los Puestos de Salud de Cnel Duarte y Bernardino Caballero solamente hubo controles prenatales y aplicación de la vacuna DT para embarazadas y mujeres en edad fértil.

Figura 5.2.11



Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

En el establecimiento de Atyrá la mayor parte de los costos totales de los servicios de salud materna están representados por los partos normales, con más del 60% de preponderancia, y este tipo de servicio no se ofrece en los otros establecimientos. El servicio de mayor preponderancia en el Puesto de Salud de Bernardino Caballero corresponde al Control Prenatal, con el 89%, y en el establecimiento de Cnel. Duarte el de mayor incidencia pertenece al servicio de vacunación DT, con el 79% de preponderancia dentro del costo total de salud materna.

En cuanto a la planificación familiar, tanto en los establecimientos de Atyrá como en Cnel. Duarte tiene un comportamiento similar de los costos totales de los distintos métodos en lo que se refiere a pacientes conocidas y el método de mayor costo en ambos establecimientos constituye el inyectable. El Puesto de Salud de Bernardino Caballero tiene costos totales de planificación familiar muy por debajo de los mismos valores en Atyrá y Bernardino Caballero. Otro indicador que ilustra datos sobre la realidad y el manejo de los establecimientos es el costo unitario por tipo de servicio, que representa el costo promedio de producir una unidad de cualquier servicio final. Teniendo en cuenta los diferentes servicios que proveen los establecimientos de salud, se le adjudica un valor monetario al tiempo de los funcionarios e insumos promedio que se vierten en la provisión de los diferentes servicios. Estos valores incluyen el valor monetario del tiempo en atención médica, como también el valor monetario del tiempo de los procedimientos administrativos que acompañan la atención de cada paciente.

Cuadro 5.2.23 Costo Unitario en Guaraníes			
Servicio	Establecimiento de Salud de:		
	Atyrá	Cnel. Duarte	Bernardino Caballero
Consultorio Clínica General	7.582	14.259	14.817
Urgencias			
Cirugía Menor	34.065	28.876	0
Otras Urgencias	10.061	13.110	0
Salud Infantil			
Consulta Pdtría.	11.354	19.012	14.817
Crecimiento D.	15.358	0	0
IRA	7.426	0	0
C. Diarrea	10.497	0	0
Vacunación			
BCG	6.550	0	0
AntiSarampión	12.742	16.847	17.218
DPT	5.587	10.686	11.058
Sabin	2.688	7.878	8.175
Salud Materna			
DT	6.482	10.656	11.027
PAP	6.933	0	0
Control Prenatal	11.241	19.012	19.755
Control Puerperal	10.242	0	0
Parto Normal	634.454	ND	ND
Cesárea	0	ND	ND
Planificación Familiar			
Gestágeno Gest.			
Nuevas	21.616	0	19.755
Conocidas	6.683	15.540	11.159
DIU			
Nuevas	19.753	0	0
Conocidas	10.461	0	0
Condón			
Nuevas	22.351	0	21.771
Conocidas	7.418	16.275	11.894
Inyectable			
Nuevas	25.513	0	24.933
Conocidas	10.579	0	0
Odontología	20.917	29.696	0

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

En el cuadro de la izquierda se puede ver el valor de los costos unitarios que se dan en los diferentes establecimientos de Cordillera.

Nótese como varían los costos unitarios por paciente entre un establecimiento y otro, pues depende principalmente de la cantidad de recursos humanos existente en cada establecimiento y del volumen de pacientes.

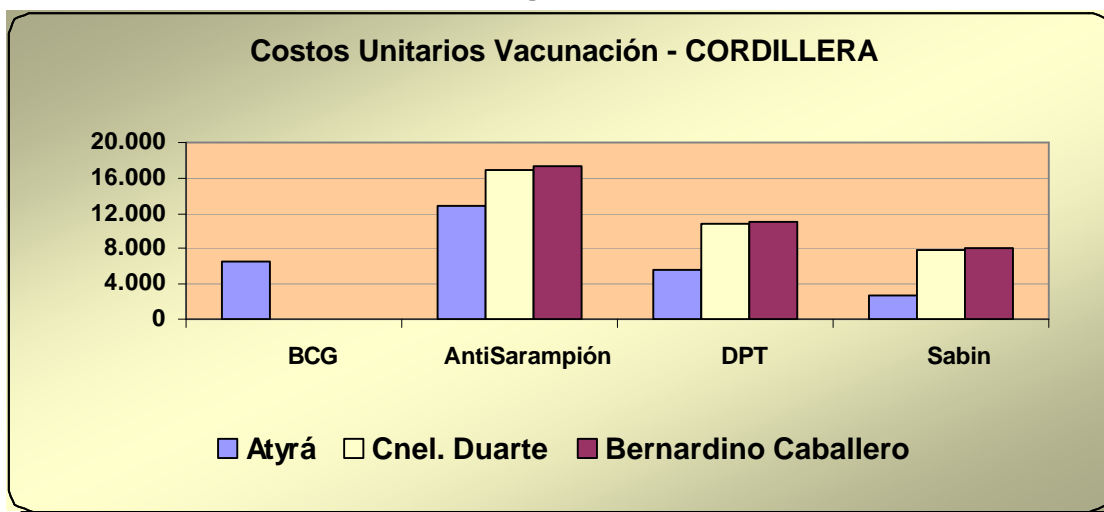
Los servicios de consultorio como clínica general, pediatría, control prenatal, etc. presentan importantes diferencias entre un establecimiento y otro.

Los servicios de salud infantil tienen relativamente poca variación en cuanto a costos entre establecimientos. No así los servicios de salud materna, donde el control prenatal tiene un costo unitario de Gs. 11.241 en Atyrá, mientras que de Gs. 19.755 en Bernardino Caballero. El parto normal sólo se realiza en Atyrá, constituyendo el de mayor valor entre todos los servicios por los insumos que son utilizados, el tiempo y del tipo y cantidad de personal que se requiere en la provisión de este servicio.

En cuanto a la planificación familiar, tanto en los establecimientos de Atyrá como en Cnel. Duarte tiene un comportamiento similar de los costos totales de los distintos métodos en lo que se refiere a pacientes conocidas y el método de mayor costo en ambos establecimientos constituye el inyectable. El Puesto de Salud de Bernardino Caballero tiene costos totales de planificación familiar muy por debajo de los mismos valores en Atyrá y Bernardino Caballero.

Como era de esperarse en el gráfico siguiente se observa diferencias de costos entre los diferentes establecimientos. Entre las principales variables se encuentra el valor por hora del tiempo utilizado del tipo de personal para proveer los servicios, por ejemplo: en el establecimiento de Atyrá el tiempo del médico es de Gs. 27.143, la del auxiliar de Gs. 4.173, mientras que en los establecimientos de Bernardino Caballero y de Cnel. Duarte los auxiliares trabajan por Gs. 5.000 y Gs.6.079, respectivamente. Estas diferencias tienen relevancia en el costo unitario final.

Figura 5.2.12



Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

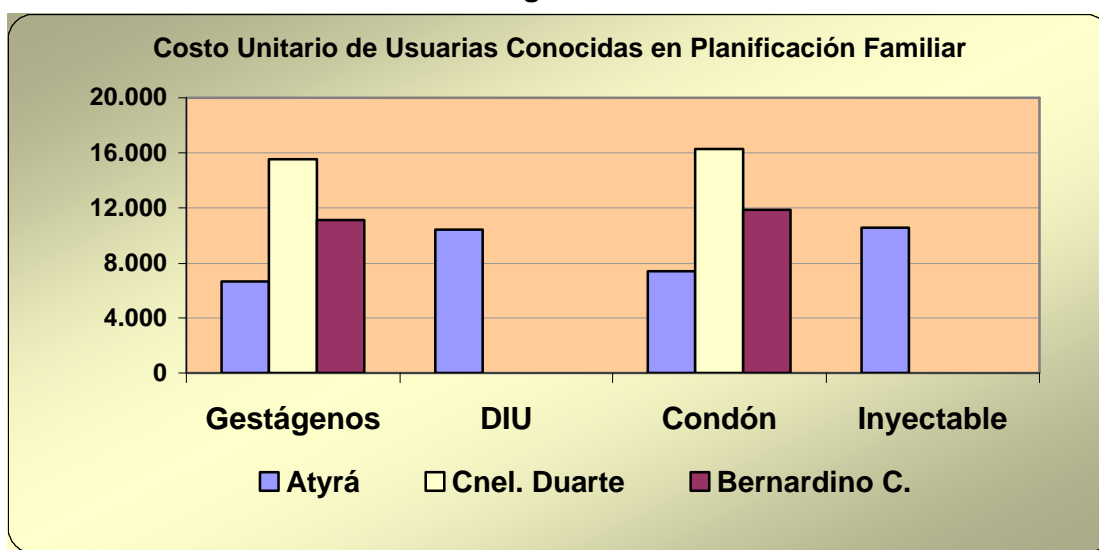
Otra variable a tener en cuenta es el tiempo promedio por servicio. Se estima que las consultas clínicas varían entre 15 y 20 minutos por persona en promedio. Todos los servicios tienen estimaciones de atención promedio, pero los mismos no varían mucho entre un establecimiento y otro, por lo tanto esta variable no es de mucha incidencia en el costo unitario final. Los costos de insumos por servicios también inciden en el servicio sobre todo en el de urgencias.

El último punto de importancia para explicar las diferencias en el costo promedio es el valor del trabajo administrativo, en los centros de salud se tienen personales destinados a la administración, mientras que en los puestos de salud no, y los auxiliares destinan parte de su tiempo para este tipo de trabajo. En todos los establecimientos se estima que el ingreso de cada paciente requiere 5 minutos de trabajo administrativo.

La producción por servicio finalmente determina el valor del costo unitario. Cuanto mayor sea el número de pacientes, más bajo será el costo unitario por ese servicio.

El gráfico siguiente muestra las diferencias en costos de los servicios de planificación familiar. Nótese como los costos son consistentemente mayores en Cnel Duarte mientras que en Atyrá son más bajos. Los costos en los servicios de planificación familiar son más altos en Cnel. Duarte que en otros establecimientos principalmente por dos motivos: 1) Existe un menor número de producción en estos servicios que en Atyrá, y 2) El salario por hora en Cnel. Duarte es mayor que en Bernardino Caballero. Estos dos factores inciden en el costo unitario final.

Figura 5.2.13



Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

11- RECUPERACIÓN DE COSTOS

La sostenibilidad de los diferentes establecimientos de salud se puede observar a través de la tasa de recuperación de costos que fue estimada sobre la base de los ingresos recaudados y los costos recurrentes, durante el periodo de enero a mayo del 2002. La mayor tasa de recuperación total se observa en el Puesto de Salud de Atyrá con 16,01%, mientras que los Puestos de Salud de Cnel. Duarte y Bernardino Caballero tienen una tasa de recuperación de 5,36% y 9,03% respectivamente.

La tasa de recuperación de costos analizada respecto al gasto en recursos humanos posee una recuperación muy baja en todos los establecimientos, debido a que el gasto de personal posee un alto peso en el total de gastos, mientras que con respecto a los medicamentos se tiene un comportamiento contrario. Cabe mencionar que los gastos de medicamentos realizados en los establecimientos de salud se calcularon independientemente de quien los pague.

Cuadro 5.2.24 Tasa de Recuperación de Costos

	Atyrá	Cnel. Duarte	Bernardino Caballero
Recursos Humanos	19,70%	6,17%	10,00%
Medicamento	114,46%	63,92%	182,68%
TOTAL	16,01%	5,36%	9,03%

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

12-ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD POR MEDIO DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD (ACS).

Esta información no está disponible dado que al momento de la realización de la encuesta aún no estaba en ejecución la actividad específica de "Agentes comunitarios de Salud" del Proyecto.

13-REFERENCIAS ATENDIDAS.

Cuando los pacientes sufren dolencias o accidentes que requieren de una mayor complejidad los centros y puestos de salud no necesariamente cuentan con suficientes recursos para atender eficazmente al paciente. En este caso se refiere al paciente a un establecimiento de mayor nivel de atención.

En el caso de los establecimientos de Cordillera, el Hospital Regional de Caacupé es una opción para atender pacientes más graves. Los pacientes de los Puestos de Salud de Cnel. Duarte y Bernardino Caballero son referidos al Centro de Salud de Atyrá o al Hospital Regional de Caacupé, en cambio en Atyrá refieren sus pacientes al Hospital Nacional además del Hospital Regional de Caacupé.

Cuadro 5.2.25 Referencia y contrarreferencia de pacientes

Concepto	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Envía/refieren pacientes a otros centros de atención	Hosp. Reg. Caacupé y Hospital Nacional	CS Atyrá y Hosp. Regional Caacupé	CS Atyrá y Hosp. Regional Caacupé
Se reciben paciente referidos de otros establecimientos	PS. Cnel. Duarte - B. Caballero	-	-

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

14- EFICIENCIA BÁSICA DE LOS SERVICIOS SELECCIONADOS

14.1. Tasa de Ocupación por tipo de recurso humano

Un indicador importante de la ocupación real de los recursos humanos de los establecimientos de salud constituye el coeficiente de eficiencia. Éste indicador es la relación entre las horas trabajadas de los funcionarios del establecimiento de salud y el total de horas asignadas de los diferentes recursos humanos, en un periodo de tiempo determinado. Para el cálculo de eficiencia se considera la cantidad de pacientes que son atendidos y el tiempo de atención a los mismos. Una vez obtenido este valor, se compara con el tiempo asignado a los diferentes funcionarios, y se tiene el indicador de ocupación.

Se recuerda que en el Centro de Salud de Atyrá los recursos humanos existentes principalmente son los siguientes: Dos médicos, dos odontólogos, tres obstetras, diez auxiliares, mientras que en ambos puestos de salud hay solo un auxiliar. Todos ellos con una determinada carga horaria en cada tipo de establecimiento de salud.

Como se observa en el cuadro siguiente, los médicos en el establecimiento de Atyrá tienen una ocupación del 75%, mientras los odontólogos tienen una ocupación del 106%. Cabe recordar que el tiempo asignado de trabajo de los odontólogos (96 horas al mes) es menor al del médico (140 horas al mes) y la tasa de eficiencia es mayor al 100%, debido a que los odontólogos realizan charlas fuera del horario normal de atención. Nótese que la auxiliar tiene una tasa de ocupación bastante baja en los tres establecimientos. El reducido porcentaje de ocupación de los auxiliares puede ser explicado por el hecho que la suma de horas trabajadas por los mismos es 12 veces mayor al tiempo asignado para el médico.

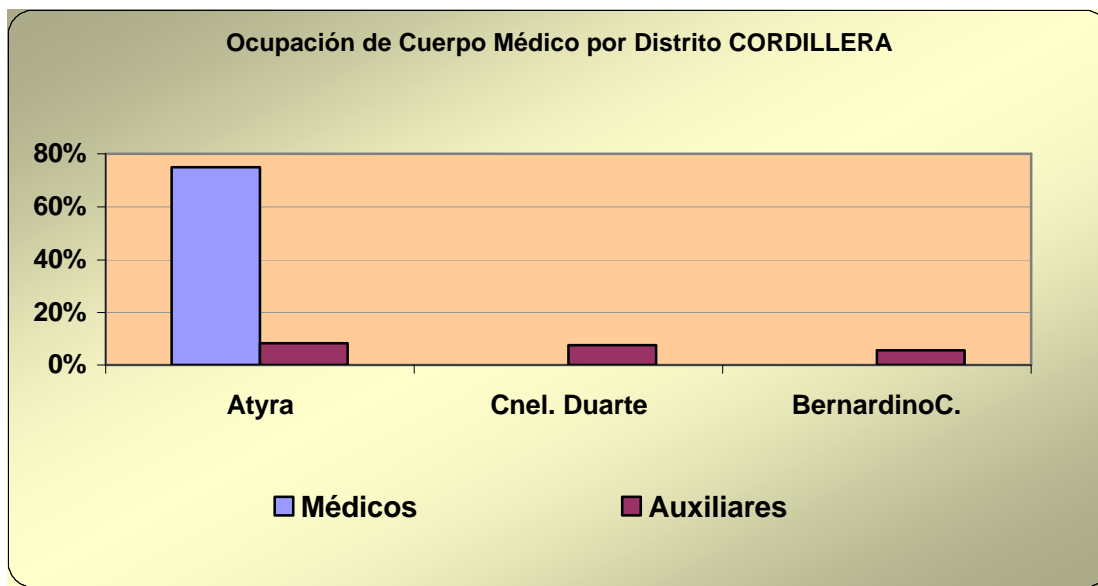
Cuadro 5.2.26 Tabla de Eficiencia por tipo de Recurso Humano

Municipio	Tipo de Establecimiento	Tipo de Recurso Humano	Coficiente de Eficiencia
Atyrá	Centro de Salud	MEDICO	75%
		ODONTOLOGOS	106%
		OBSTETRAS	17%
		AUXILIARES	8%
Cnel. Duarte	Puesto de Salud	AUXILIARES*	8%
Bernardino C.	Puesto de Salud	AUXILIARES	5%

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

A continuación si las tasas de ocupación mencionadas excluyen el horario de guardia que cumplen algunos tipos de personales, entonces su tasa sería más alta. Los personales que cumplen horario de guardia en el Centro de Salud de Atyrá son los Lic. en Obstetricia, y los Auxiliares en Enfermería. Excluyendo el horario de guarda, las tasas de ocupación son 72% y 15% para los obstetras y auxiliares respectivamente, mientras que considerando las horas de guardia, es decir incluyendo el horario de guardia, las mismas alcanzan solo 17%, y 8%.

En el gráfico siguiente se observa las tasas de ocupación de los médicos y auxiliares entre los diferentes establecimientos de salud. Los médicos en Atyrá son los que están ocupados la mayor parte de su tiempo. Los auxiliares están ocupados una porción pequeña de su tiempo en los tres establecimientos. Bernardino Caballero es el establecimiento con menor ocupación.

Figura 5.2.14

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

14.2. Índice de ocupación de camas y Estancia promedio de internación

El índice ocupacional constituye el porcentaje de camas que en promedio están siendo utilizadas durante un periodo considerado. En el caso del Centro de Salud de Atyrá se calculó el índice de

ocupación de camas para el periodo de enero a mayo, el mismo refleja un índice promedio total bastante bajo de 7%.

El único índice ocupacional correspondió a gineco obstetricia con 7%, pues no dispone del servicio de internación de otro tipo de especialidad. A mayor índice ocupacional mayor capacidad de oferta de servicios y costos de operación más bajos, y a menor índice ocupacional mayor capacidad ociosa y mayores costos de operación.

Cuadro 5.2.27 Índice Ocupacional de Camas - Atyrá

Especialidad	Días Ocupados	Camas	Índice
Ginecología	20	2	7%
Pediatría	0	0	0%
Clínica	0	0	0%
Cirugía	0	0	0%
TOTAL	20	2	7%

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

La estancia promedio es el número de días o fracción de días que el paciente permanece hospitalizado ocupando una cama. La estancia promedio total fue de 1,05 días para la especialidad de ginecología, que es la especialidad ofrecida. A mayor estancia promedio menor es la disponibilidad de camas y a menor estancia promedio mayor es la disponibilidad de camas.

Cuadro 5.2.28 Promedio de Días Estancia

Especialidad	Días Ocupados	Egresos	Índice
Ginecología	20	19	1,05
Pediatría	0	0	
Clínica	0	0	
Cirugía	0	0	
TOTAL	20	19	1,05

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

OBJETIVO 2: Ampliar el acceso a los servicios de salud y lograr la sostenibilidad del sistema.

1- ACCESO A SERVICIOS DE SALUD.

A través de esta variable se mide la cobertura de los servicios de salud de los distintos establecimientos que se encuentran en cada una de las localidades analizadas.

Por otro lado, el análisis de esta variable tiene varias implicancias pues en ella se reflejan los objetivos del proyecto de Descentralización de Salud y Participación Comunitaria, CIRD/USAID.

En efecto uno de los objetivos se traduce en incrementar la demanda de salud y ampliar el acceso a los servicios y programas básicos de salud.

En general, en Atyrá urbano 41% de la población ha declarado estar enfermo o accidentado en los últimos 90 días anteriores a la fecha de realización de la encuesta. Bernardino Caballero presenta una tasa de morbilidad mayor (55,7%), Candia exhibe una tasa de enfermedad o accidente de 48,6% de su población.

La relación entre los que se han enfermado o accidentado en los últimos 90 días y que han podido atender sus dolencias varía dependiendo de la localidad. El siguiente gráfico ilustra dicha realidad en las tres comunidades analizadas.

Figura 5.2.15

Población enferma o accidentada que ha consultado y tipo de establecimiento consultado.

Gráfico 1: Atyrá Urbana.

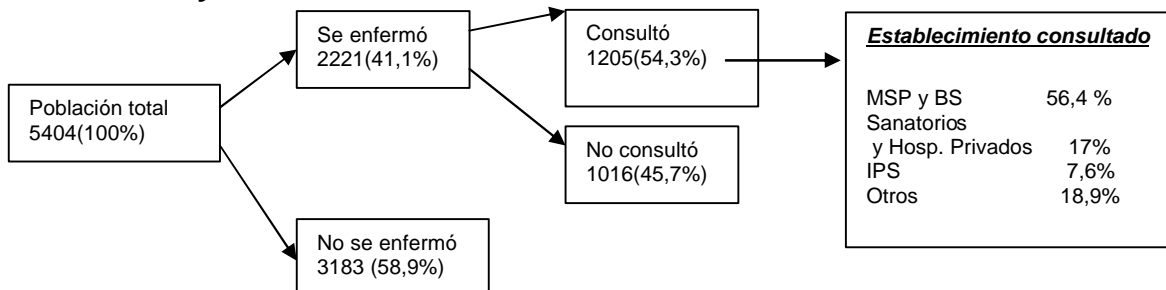


Gráfico 2: Bernardino Caballero.

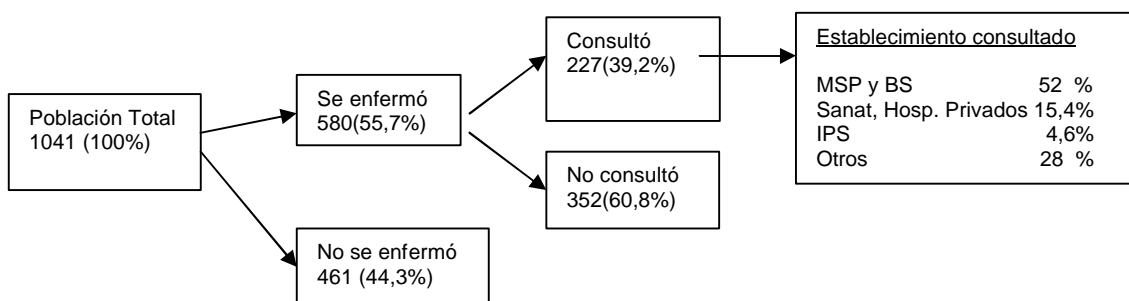
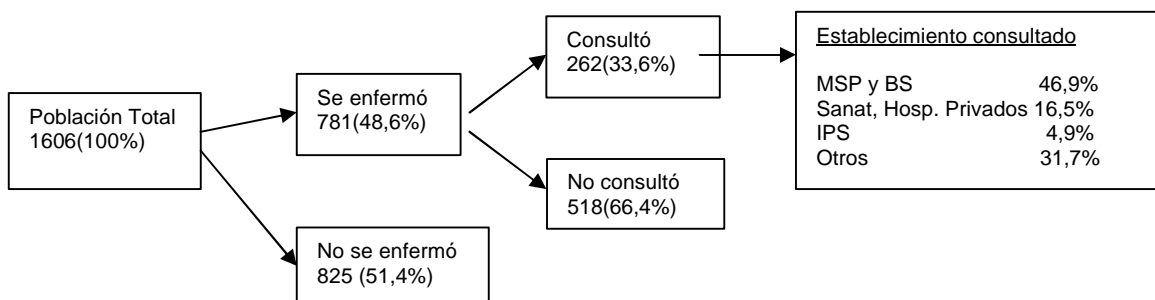


Gráfico 3: Candia.



En cuanto al establecimiento al que las personas han acudido para la atención de su enfermedad, se observa que en las tres localidades el más utilizado corresponde a los establecimientos dependientes del MSP y BS, es decir el uso de los servicios brindados por parte del sector público es muy difundido, aunque la magnitud difiere entre las localidades. Atyrá Urbano es el distrito que utiliza en mayor medida los servicios del MSP y BS, ya que casi 6 de cada 10 enfermos o accidentados han utilizado los servicios públicos de salud. En segundo orden se ubica la población de Bernardino Caballero, donde un poco más de 5 de cada 10 enfermos recurren a las dependencias del MSP y BS asentado en este lugar. La localidad que menos utiliza los servicios del MSP y BS comparativamente con las otras dos localidades es Candia, donde la prevalencia del uso de estos servicios es un poquito más de 4 de cada 10 enfermos.

Por estrato socioeconómico, se observa que de las personas de Atyrá urbano que acudieron a un servicio de salud en los últimos 90 días previos a la encuesta, más de la mitad (56%), en promedio, acudió a un servicio de salud del Ministerio de Salud, siendo más alto este porcentaje en el estrato bajo: 71%. En segundo lugar, en Itá urbano, se acude a un sanatorio o hospital privado (17% en promedio), llegando en el estrato alto a ser el sector privado el lugar adonde acude un tercio de los encuestados para su atención, con una porcentaje del 33 %.

En Bernardino Caballero la mitad de los entrevistados que acudieron a un establecimiento de salud para su atención han acudido a un servicio del Ministerio, siendo más alto el porcentaje en el estrato más bajo (65%).

Los entrevistados de Candia son los que menos acuden a servicios del Ministerio de Salud, llegando al 50% en el estrato más bajo y al 47% en el promedio. Tanto en Bernardino Caballero como en Candia es importante el porcentaje que acudo al curandero.

El IPS ha atendido entre el 5% y el 7% de los entrevistados que requirieron atención para su dolencia, llegando en el estrato alto de Atyrá urbano al 12%.

Cuadro 5.2.29

Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas enfermas o accidentadas por el establecimiento acudido para la consulta según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	IPS	Estab. del MSP	Sanat./ hospital privado	Hptal. de Clínicas	Farmacia	Casa de Curandero	Otros*	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	5,2	70,8	10,0	0,0	0,0	0,0	14,0	100
		Medio	5,2	64,1	6,7	2,5	2,9	7,3	11,3	100
		Alto	12,0	38,4	33,1	2,3	1,8	0,9	11,5	100
		Total	7,6	56,4	17,0	2,8	2,5	4,2	9,5	100
	Bernardino Caballero	Bajo	1,9	64,8	1,9	0,0	0,0	27,8	3,6	100
		Medio	5,5	54,5	18,2	1,8	1,8	14,5	3,7	100
		Alto	6,1	39,4	24,2	0,0	6,1	10,6	13,6	100
		Total	4,6	52,0	15,4	0,6	2,9	17,1	7,4	100
	Candia	Bajo	5,3	50,0	10,5	2,6	0,0	23,7	7,9	100
		Medio	5,4	48,2	16,1	1,8	1,8	16,1	10,6	100
		Alto	4,3	44,3	20,0	1,4	0,0	22,9	7,1	100
		Total	4,9	47,0	16,5	1,8	0,6	20,7	8,6	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Cuadro 5.2.30

Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas que se enfermaron o accidentaron y consultaron a un establecimiento del MSP y BS por tipo de establecimiento.

Distrito de Atyrá			
Instituciones	Urbano	B. Caballero	Candia
C.de S. de Atyrá	85.9	51.6	16.9
C.de S. de Caacupé	2.1	5.5	51.9
C.de S.de Tobatí	0.4	6.6	0
H.Nacional de Itaguá	4.3	1.1	1.3
Htal. Regional Caacupé	3.8	0.0	9.1
No se encuentra	0	2.2	1.3
P. de S. de Bernardino	0	25.3	0
P.de S.de Candia	0	0	15.6
Otros	1.5	7.7	3.9

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

En los cuadros precedentes se ha podido constatar que el servicio público es el más utilizado en las tres localidades estudiadas. Por tanto, es importante conocer la incidencia del uso de los servicios del MSP y BS disponibles en cada localidad y el grado de referencia y contrarreferencia a y hacia las ciudades y localidades vecinas. En ese sentido, casi 9 de cada 10 pobladores de Atyrá Urbano utilizan el servicio del Centro de Salud local.

La localidad cuya población hace muy poco uso del puesto de salud local es la de Bernardino Caballero, ya que apenas 1 de cada 4 van al Puesto de Salud de esta comunidad para atender sus dolencias o necesidades de salud. Los datos revelan que poco más del 50% de la población enferma o accidentada y que han consultado, lo han hecho en el Centro de Salud de Atyrá.

Los enfermos de Candia recurren en mayor medida al Centro de Salud de Caacupé, y menos de dos de cada enfermo que consulta, utiliza el Puesto de Salud local.

1.1. Profesional o persona que brindó atención en salud a los que se han enfermado y consultado.

Si bien es cierto que para mejorar la cobertura de salud de la población es necesario conocer la prevalencia y el tipo de establecimiento más utilizado, también es menester complementar dicha información con el tipo de profesional que ha atendido a las personas ante casos de enfermedad o accidente.

En ese contexto, del total de personas de Atyrá urbano que acudieron a un servicio de salud o a una persona por enfermedad o accidente, el 90% fue atendido por médico, siendo más alta esta proporción en el estrato más alto (97%).

En Candia y Bernardino Caballero alrededor del 73% de los que acudieron a un servicio o persona para su atención fue atendido por un médico. Mientras que en Bernardino Caballero el porcentaje es mayor en el estrato más alto (77%) en Candia lo es en el estrato medio (80%).

La atención realizada por enfermera/ o llegó al 9% en Bernardino Caballero.

Al curandero acudieron en Bernardino Caballero y Candia, en promedio, una de cada cinco personas. En Atyrá solo una de cada veinte personas acudió al curandero.

El Cuadro siguiente incluye a los principales proveedores de atención, por localidad y estrato socio – económico.

Cuadro 5.2.31**Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas enfermas o accidentadas por el proveedor consultado según estrato socioeconómico.**

Distrito	Localidad	Estrato	Doctor	Curandero	Enfermera/o	Otros*	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	87,6	4,1	7,6	0,7	100
		Medio	86,0	7,3	3,1	3,6	100
		Alto	97,2	0,5	0,0	2,3	100
		Total	90,5	4,1	3,1	2,3	100
	Bernardino Caballero	Bajo	63,0	27,8	7,4	1,8	100
		Medio	72,7	12,7	12,7	1,9	100
		Alto	77,3	12,1	7,6	3,0	100
		Total	71,4	17,1	9,1	2,4	100
	Candia	Bajo	68,4	23,7	2,6	5,3	100
		Medio	80,4	16,1	1,8	1,7	100
		Alto	71,4	24,3	2,9	1,4	100
		Total	73,8	21,3	2,4	2,5	100

* incluye, farmacéutico, dentista

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

2-TENENCIA DE SEGURO DE SALUD

Dado que el acceso a los servicios de salud depende de varios factores y entre ellos la capacidad de financiamiento y la disponibilidad de los servicios. Con respecto al primer factor, la tenencia del Seguro Médico se constituye en una herramienta importante en el sentido que facilita el acceso a los servicios de salud para atender sus dolencias en tiempo oportuno siempre que los servicios estén disponibles.

En general la incidencia de la tenencia del seguro médico es muy baja, de 5% a 19%. El seguro de uso más extendido es el Seguro Médico del IPS, así en Atyrá urbano se encuentra la población con mayor porcentaje de cobertura de seguro medico del IPS, en una proporción que casi triplica la de Candia y cuadruplica la de Bernardino Caballero. En Atyrá urbano la población con seguro del IPS llega al 24% en el estrato alto y solo al 2% en el bajo. Bernardino Caballero es la población con menor cobertura de IPS del municipio: 0,4% en el estrato bajo y 7% en el mas alto.

El Seguro Medico privado: tiene poca cobertura en el distrito. Alcanza un 4% de la población en Atyrá urbano (7% en el estrato más alto), y es prácticamente nulo en Bernardino Caballero y Candia. El seguro medico Militar o Policial alcanza al 3% del estrato alto de Atyrá urbano y de Bernardino Caballero, como valores máximos.

Cuadro 5.2.32**Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas con seguro médico por tipo de seguro según estrato socioeconómico.**

Distrito	Localidad	Estrato	IPS	Privado	Ambos	Pol./ Militar	Ninguno	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	2,0	2,1	0,8	0,2	94,9	100
		Medio	11,0	2,5	0,1	1,6	84,8	100
		Alto	24,3	7,5	0,3	3,0	64,8	100
		Total	12,5	4,0	0,4	1,6	81,5	100
	Bernardino Caballero	Bajo	0,4	0,7	0,0	0,0	98,9	100
		Medio	0,4	0,0	0,0	0,8	98,9	100
		Alto	7,4	3,7	0,0	3,0	85,9	100
		Total	2,7	1,5	0,0	1,2	94,5	100
	Candia	Bajo	0,9	0,0	0,0	0,0	99,1	100
		Medio	7,3	1,8	0,0	0,0	90,9	100
		Alto	6,9	2,4	0,0	0,0	90,7	100
		Total	5,1	1,4	0,0	0,0	93,5	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

3- RAZÓN DE NO ACCESO A LOS SERVICIOS

En las tres comunidades estudiadas, entre 46% y 66% de los que han declarado estar enfermos o accidentados no han consultado con ningún profesional ni establecimiento de salud. Por ello es importante conocer las causas de dicha actitud.

Entre las razones declaradas para no consultar, por estrato y por localidad demuestra que el motivo principal para no consultar fue haber acudido a la automedicación, que varió de 48% al 57% en promedio, en las localidades.

El segundo motivo para no consultar, fue el costo de la consulta o servicio. Esta causa afectó, en promedio, a una de cada tres personas que no consultaron, en Candia y Bernardino Caballero y a una de cada seis en Atyrá urbano.

En la clase alta de Atyrá urbano el costo no fue un motivo tan importante para no consultar y si lo fue el hecho de que no consideraron grave su dolencia. En Candia y B. Caballero el considerar que la dolencia era leve fue el tercer motivo para no consultar.

Otros motivos para no consultar, de menor importancia fueron: que no tuvo tiempo, no tenía cerca a quien acudir, etc.

Cuadro 5.2.33**Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas enfermas o accidentadas por razón de no consulta según estrato socioeconómico.**

Distrito	Localidad	Es-trato	Dolencia no grave	Consultas caras	Se automedicó	Otros*	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	18,0	22,9	51,9	7,2	100
		Medio	31,0	12,1	56,9	0,0	100
		Alto	21,7	7,2	67,1	4,0	100
		Total	23,2	15,5	57,3	4,0	100
	Bernardino Caballero	Bajo	7,5	32,1	50,9	9,4	100
		Medio	19,1	31,5	36,0	13,5	100
		Alto	10,5	26,3	56,6	6,6	100
		Total	12,2	30,3	47,6	10,0	100
	Candia	Bajo	5,9	39,8	48,3	5,9	100
		Medio	13,4	35,4	42,5	8,7	100
		Alto	5,1	19,0	65,8	10,1	100
		Total	8,6	33,0	50,3	8,0	100

*No hay atención cercana, no tuvo tiempo.

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

3.3. Razones de no-uso de anticonceptivos

A todas las mujeres casadas o unidas que no estaban usando anticonceptivos en el momento de la entrevista se les preguntó, cuáles eran las razones de no uso, o de haber dejado de usar para las que lo habían hecho en el pasado. Las razones fueron clasificadas en dos grupos:

- a- *“Razones relacionadas con el embarazo, parto, actividad sexual o menopausia”* y;
- b- *“Otras Razones”* donde se incluyeron respuestas relacionadas a dificultades de acceso económico, geográfico o cultural.

Los datos del Cuadro muestran que para el total de la población de las comunidades de Atyrá urbano, Bernardino Caballero y Candia entre 78% y 96% se ubica en las razones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, un porcentaje importante de estas mujeres debe ser considerado como demanda potencial para el uso de métodos anticonceptivos una vez que finalice su embarazo actual, o el período de lactancia y pos parto.

En cuanto a la categoría *“Otras razones”*, la causa más frecuente de respuesta fue *“No conoce”*, *“Dificultad de uso”* o *“Mala atención”*, razones que se deben tener en cuenta en las charlas o consejerías para mejorar el nivel de conocimiento de las potenciales usuarias.

Cuadro 5.2.34

Distrito de Atyrá: Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años de edad que no usan métodos anticonceptivos, por razones de no uso, según localidad y estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Razones relacionadas con embarazo, posparto, sin vida sexual, menopausia *	Otras Razones				Total
				No le gusta	Efectos colaterales, salud	No tiene dinero	Fatalismo, no conoce, dificultad de uso, mala atención	
Atyrá	Urbana	Bajo	75,8	6,5	8,1	0,0	9,7	100
		Medio	77,8	0,0	0,0	4,4	17,8	100
		Alto	80,8	0,0	0,0	0,0	19,2	100
		Total	78,0	2,5	3,1	1,3	15,1	100
	Bernardino Caballero	Bajo	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100
		Medio	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100
		Alto	80,0	0,0	20,0	0,0	0,0	100
		Total	95,7	0,0	4,3	0,0	0,0	100
	Candia	Bajo	61,5	15,4	0,0	7,7	15,4	100
		Medio	90,0	10,0	0,0	0,0	0,0	100
		Alto	100	0,0	0,0	0,0	0,0	100
		Total	80,6	9,7	0,0	3,2	6,5	100

* Razones relacionadas con un embarazo actual, posparto, sin vida sexual, menopausia.

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

4-TIPO DE SERVICIO DE SALUD RECIBIDO

Las personas que acudieron a servicios de salud por enfermedad o accidente recibieron diferentes tipos de atención.

En el Cuadro siguiente se puede ver el tipo de atención recibida por las personas que acudieron a un servicio de salud o a una persona para la atención de una enfermedad o accidente en los 90 días previos a la encuesta. La atención más frecuente fue la consulta cuya incidencia llega hasta 96% en Candia, seguida del tratamiento médico que llega a alrededor de 40%.

Cuadro 5.2.35

Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas que consultaron a un establecimiento según el tipo de atención recibida.

Distrito	Localidad	Estrato	Consulta	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	Diagnóstico, laborat., RX	Rehabilitación
Atyrá	Urbana	Bajo	94,5	29,6	2,7	17,5	0,7
		Medio	95,4	44,1	0,4	14,2	0,0
		Alto	94,0	42,3	1,6	15,6	0,0
		Total	94,7	39,9	1,4	15,5	0,2
	Bernardino Caballero	Bajo	94,4	37,0	3,7	5,6	0,0
		Medio	94,5	40,0	3,6	12,7	0,0
		Alto	92,4	36,4	3,0	24,2	0,0
		Total	93,7	37,7	3,4	14,9	0,0
	Candia	Bajo	94,7	34,2	0,0	5,3	0,0
		Medio	94,6	37,5	7,1	12,5	0,0
		Alto	98,6	41,4	0,0	10,0	0,0
		Total	96,3	38,4	2,4	9,8	0,0

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

5-PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

Uno de los objetivos del proyecto consiste en desarrollar servicios y programas básicos de salud con énfasis en salud reproductiva, por ello se incluye entre los indicadores de resultado la prevalencia en el uso de anticonceptivos.

Para medir el uso, se detallan todos los métodos modernos (píldora, condón, inyección, DIU, esterilización femenina, tabletas vaginales, vasectomía y Norplant) y los tradicionales (ritmo, Billings y retiro), también denominados naturales. Se incluye además los yuyos que se toman en forma de infusiones de hierbas a las cuales les atribuyen propiedades anticonceptivas, pero su efectividad no está comprobada.

La prevalencia de uso de métodos anticonceptivos se refiere al porcentaje de mujeres casadas o unidas que usan algún método anticonceptivo actualmente, porque alude al tiempo de la entrevista. En el Cuadro 6.4.10 se observa que la prevalencia llega a 72% en Atyrá urbano, a 64% en Candia y a 55% en Bernardino Caballero. Analizando el uso por cada método en particular podemos identificar algunos patrones de uso diferentes según sea la zona de residencia y el estrato socioeconómico:

- ? A nivel total de **Atyrá urbano** los métodos más usados son la inyección (22%), la píldora (14%) y el DIU (11%). En el nivel medio (29%) y alto (21%) el uso del anticonceptivo inyectable es mayor que cualquier otro método, en el estrato bajo el más usado es el DIU (18%).
- ? En **Bernardino Caballero** existe una clara preferencia por la píldora (20%), luego la elección se distribuye en proporciones muy similares para el DIU, el condón, la inyección y la esterilización femenina.
- ? En **Candia** el DIU es el método más usado (19%), seguido de la píldora (12%) y el condón (11%).

Por lo expuesto arriba, se observa que en general, existe una mayor preferencia por los métodos modernos. El uso de los métodos tradicionales en el total de cada una de las tres localidades está entre 12% y 14%. El uso de yuyos es más frecuente en el área rural Bernardino Caballero (14%) y Candia (7%).

Cuadro 5.2.36

Distrito de Atyrá: Distribución porcentual de mujeres casadas y unidas de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos, por método específico, según localidad y estrato socioeconómico.

Dis-trito	Localidad	Est-rato	Uso Actual	Métodos anticonceptivos											Tot-al
				Pí-l-dora	DIU	Iny.	Cond ón	Est. Fem.	Tabl. Vag.	Ret-iro	Rit-mo	Hill-ings	Yuyos	No Usan	
Atyrá	Urbana	Bajo	67,8	16,1	17,5	14,7	6,3	2,1	0,0	6,3	4,9	0,0	7,0	25,2	100
		Medio	80,0	11,3	11,3	29,2	11,8	2,1	2,1	5,1	4,1	3,1	5,1	14,9	100
		Alto	68,1	14,9	5,3	20,7	3,2	10,1	1,6	2,1	10,1	0,0	4,8	27,1	100
		Total	72,4	13,9	10,8	22,2	7,2	4,9	1,3	4,4	6,5	1,1	5,5	22,1	100
	Bernardino Caballero	Bajo	59,1	22,7	9,1	4,5	9,1	4,5	0,0	4,5	4,5	0,0	13,6	27,3	100
		Medio	65,0	35,0	5,0	5,0	0,0	10,0	0,0	10,0	0,0	0,0	15,0	20,0	100
		Alto	43,5	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	4,3	8,7	4,3	4,3	13,0	43,5	100
		Total	55,4	20,0	6,2	4,6	4,6	6,2	1,5	7,7	3,1	1,5	13,8	30,8	100
	Candia	Bajo	48,1	7,4	14,8	0,0	7,4	3,7	0,0	14,8	0,0	0,0	14,8	37,0	100
		Medio	72,2	16,7	27,8	2,8	2,8	2,8	0,0	11,1	8,3	0,0	5,6	22,2	100
		Alto	65,9	9,8	14,6	12,2	19,5	2,4	0,0	2,4	4,9	0,0	2,4	31,7	100
		Total	63,5	11,5	19,2	5,8	10,6	2,9	0,0	8,7	4,8	0,0	6,7	29,8	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Cuadro 5.2.37

Distrito de Atyrá: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que utilizan algún método anticonceptivo, según localidades.

Localidad	Total
Urbana	57,5
B. Caballero	48,5
Candia	52,2

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

El uso de algún método anticonceptivo por localidad, indica que la mayor prevalencia en el uso se da en el área urbana de Atyrá y la menor en Bernardino Caballero donde casi cinco de cada diez mujeres usa algún método.

5.1. Porcentaje de mujeres que conocen los distintos métodos anticonceptivos.

La prevalencia en el uso de anticonceptivos está muy ligada con el grado de información que las mujeres poseen con respecto a la disponibilidad, lugar de distribución, forma de uso, etc.

Los niveles de conocimiento por métodos específicos se presentan para la totalidad de mujeres entrevistadas, sin tener en cuenta su estado civil. Se detallan todos los métodos modernos (píldora, condón, inyección, DIU, esterilización femenina, tabletas vaginales, vasectomía y Norplant) y los tradicionales (ritmo, Billings y retiro), también denominados naturales. Se incluye además los yuyos que se toman en forma de infusiones de hierbas a las cuales les atribuyen propiedades anticonceptivas, pero su efectividad no está comprobada.

En las tres comunidades, la mayoría de las mujeres en edad fértil conoce por lo menos un método anticonceptivo. A nivel total de cada comunidad, los métodos modernos más conocidos son la píldora, el condón, la inyección, el DIU y la esterilización femenina, con un nivel de conocimiento que desciende de 99% para el condón en el total de Atyrá urbano a 77% en Bernardino Caballero. Los métodos modernos menos conocidos son la vasectomía en Candia (16%), Bernardino Caballero (21%) y Atyrá urbano (35%). El Norplant es prácticamente desconocido, y no existe en nuestro país.

Entre los métodos tradicionales el conocimiento varía de 74% para el ritmo en Atyrá urbano a 23% para el Billings en Candia. En general, son más conocidos los métodos modernos respecto a los tradicionales. El conocimiento de los yuyos está bastante extendido entre las mujeres entrevistadas.

Cuadro 5.2.38

Distrito de Atyrá: Porcentaje de mujeres entrevistadas de 15 a 49 años que conocen métodos anticonceptivos, por método específico, según localidad y estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Métodos anticonceptivos											
			Píldora	Iny.	Con-dón	DIU	Est. Fem.	Tabl. Vag.	Ret-iro	Rit-mo	Bill-ings	Vast	Norp-lant	Yuyos
Atyrá	Urbana	Bajo	97,6	98,4	97,6	86,5	78,1	57,4	62,5	71,3	14,7	22,3	6,4	84,9
		Medio	96,9	98,6	100	91,9	90,8	74,6	74,6	70,5	37,6	32,2	8,1	90,8
		Alto	93,0	96,6	98,2	89,0	88,1	74,0	77,1	78,9	48,0	46,2	17,1	85,3
		Total	95,6	97,8	98,6	89,2	86,1	69,4	72,1	73,9	34,9	34,6	11,0	87,1
	Bernardino Caballero	Bajo	91,7	88,9	94,4	83,3	80,6	38,9	36,1	58,3	22,2	25,0	5,6	83,3
		Medio	93,8	93,8	100	84,4	81,3	53,1	53,1	59,4	12,5	25,0	3,1	90,6
		Alto	94,3	94,3	88,6	71,4	71,4	48,6	51,4	71,4	31,4	14,3	11,4	97,1
		Total	93,2	92,2	94,2	79,6	77,7	46,6	46,6	63,1	22,3	21,4	6,8	90,3
	Candia	Bajo	93,8	93,8	97,9	81,3	77,1	43,8	52,1	50,0	6,3	8,3	2,1	85,4
		Medio	98,3	94,8	96,6	89,7	84,5	46,6	50,0	62,1	22,4	22,4	3,4	91,4
		Alto	98,1	96,2	100	94,3	84,9	54,7	66,0	73,6	37,7	17,0	5,7	96,2
		Total	96,9	95,0	98,1	88,7	82,4	48,4	56,0	62,3	22,6	16,4	3,8	91,2

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

6- FUENTE DE OBTENCIÓN DE MÉTODOS

Para ahondar el análisis del uso de los servicios de salud, se ha preguntado a todas las mujeres entrevistadas que usaban cualquier anticonceptivo, sin considerar su estado civil dónde obtienen el método que usan.

La fuente principal de obtención de anticonceptivos en el área urbana de Atyrá son las farmacias (43%). Por el contrario, en el área rural Bernardino Caballero (48%) y Candia (49%), la fuente principal de aprovisionamiento de métodos anticonceptivos por parte de las usuarias son los establecimientos del Ministerio de Salud. El sector privado que incluye, los sanatorios, clínicas o consultorios privados, contribuyen en menor medida en Atyrá urbano (4%) y Candia (6%), en Bernardino Caballero este sector es inexistente.

“El esposo o compañero” y “el patio de su casa” fueron mencionados por altos porcentajes de mujeres usuarias principalmente de yuyos o de retiro. Otros proveedores, pero en menor proporción son los vendedores ambulantes, amiga, vecina o pariente.

Cuadro 5.2.39

Distrito de Atyrá: Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años de edad que usan métodos anticonceptivos, por lugar donde obtiene el método anticonceptivo que usan, según localidad y estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Lugar donde obtiene el método que usa							Total
			MSP BS	Farmacia	Sanat./ Clínica / Médico Privado	Amiga/ Vecina	Esposo/ Compañero	Patio de su casa	Otro*	
Atyrá	Urbana	Bajo	53,8	25,4	0,0	0,0	6,9	4,6	9,3	100
		Medio	28,2	48,4	2,1	6,0	5,3	3,7	6,3	100
		Alto	16,1	51,7	9,4	1,4	14,1	0,0	7,3	100
		Total	31,5	43,0	3,9	2,8	8,6	2,8	7,4	100
	Bernardino Caballero	Bajo	62,5	6,3	0,0	6,3	12,5	6,3	6,1	100
		Medio	43,8	12,5	0,0	6,3	12,5	18,8	6,1	100
		Alto	35,7	0,0	0,0	35,7	21,4	7,1	0,1	100
		Total	47,8	6,5	0,0	15,2	15,2	10,9	4,4	100
	Candia	Bajo	35,0	20,0	0,0	0,0	25,0	15,0	5,0	100
		Medio	58,1	9,7	9,7	6,7	6,5	6,5	2,8	100
		Alto	48,1	33,3	7,4	3,7	7,4	0,0	0,1	100
		Total	48,7	20,5	6,4	3,9	11,5	6,4	2,6	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

7- VACUNACIÓN DE NIÑOS MENORES A 5 AÑOS

Los datos de la encuesta han demostrado que en general, aquellas vacunas prioritarias como la triple o DPT, la Sabin o Antipoliomelítica tienen coberturas que van desde 80%. Se puede observar el porcentaje de vacunación de los niños menores de 5 años, conforme a dos fuentes: lo registrado en el carnet y lo referido por las madres.

Las dosis útiles de las vacunas prioritarias están en los siguientes niveles:

En promedio el 80% de los niños tienen la tercera dosis de la Sabín (antipoliomielítica) y de la vacuna DPT (Triple). La antisarampionosa tiene un porcentaje menor, de alrededor del 70%.

La BCG tiene una cobertura por encima del 95%, en promedio.

Se observa, en general, que el estrato más bajo tiene menor cobertura de vacunación.

Cuadro 5.2.40

Distrito de Atyr: Porcentaje de Niños menores de 5 años, por tipo de vacuna recibida según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	BCG	Pentavalente	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Antinepatitis b1	Antinepatitis b2	Antinepatitis b3	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Sarampión	HIB 1	HIB 2	Número de Casos
Atyr	Urb-ana	Bajo	97,1	2,9	88,5	88,5	83,5	7,2	7,2	4,3	91,4	87,1	82,0	67,6	12,9	5,8	42
		Medio	100	3,1	87,7	82,1	74,7	9,9	5,6	5,6	90,7	87,0	77,8	72,2	8,6	3,7	45
		Alto	96,8	5,3	89,4	77,7	66,0	22,3	13,8	13,8	85,1	76,6	68,1	58,5	6,4	6,4	27
		Total	98,2	3,5	88,4	83,3	75,7	11,9	8,1	7,1	89,6	84,6	77,0	67,3	9,6	5,1	114
	B. Cab-llero	Bajo	91,3	4,3	95,7	95,7	87,0	13,0	4,3	4,3	91,3	91,3	87,0	65,2	8,7	4,3	23
		Medio	94,1	0,0	94,1	76,5	70,6	5,9	5,9	5,9	94,1	88,2	76,5	58,8	0,0	0,0	17
		Alto	100	0,0	100	92,3	84,6	0,0	0,0	0,0	100	92,3	76,9	76,9	0,0	0,0	13
		Total	94,3	1,9	96,2	88,7	81,1	7,5	3,8	3,8	94,3	90,6	81,1	66,0	3,8	1,9	53
	Candia	Bajo	83,3	3,3	80,0	66,7	56,7	10,0	0,0	0,0	80,0	73,3	63,3	60,0	6,7	3,3	30
		Medio	93,1	20,7	96,6	89,7	79,3	27,6	10,3	10,3	93,1	89,7	86,2	65,5	0,0	0,0	29
		Alto	93,9	9,1	97,0	97,0	84,8	24,2	12,1	12,1	97,0	93,9	87,9	78,8	15,2	9,1	33
		Total	90,2	10,9	91,3	84,8	73,9	20,7	7,6	7,6	90,2	85,9	79,3	68,5	7,6	4,3	92

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

8-CALIDAD BÁSICA PERCIBIDA

Los indicadores de Calidad de Atención seleccionados para la elaboración de la línea de base se refieren al tiempo de espera en que incurrieron los demandantes de los servicios de salud en los distintos establecimientos públicos y privados. En segundo lugar se tiene en cuenta los motivos de no uso del servicio de salud local y finalmente las percepciones respecto a la atención recibida y acerca de las instalaciones del servicio donde han consultado las personas enfermas o accidentadas.

8.1. Tiempo de espera

Un indicador importante de la calidad y la eficiencia del servicio entregado a los demandantes constituye el tiempo de espera: Se puede observar en el cuadro que el tiempo de espera en general supera la hora en los servicios públicos, siendo el IPS el que mayor tiempo de espera ha tenido.

El componente "Otro" y el curandero fueron los de menor tiempo de espera.

Cuadro 5.2.41

Distrito de Atyr: Tiempo promedio de espera para ser atendido en el lugar donde acudió por la enfermedad o accidente (minutos), por tipo de establecimiento según estrato socioeconómico.

Localidad	IPS	Estab. Del MSP	Sanatorio/ Hosp. Privado	Casa de curandero	Otro	Total
Atyr Urbana	102,4	49,4	24,3	21,9	34,5	48
Bno. Caballero	107,5	60,7	62,6	46,9	17,5	63
Candia	37,1	84,7	57,8	32,9	95,8	69

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Cuadro 5.2.42

Distrito de Atyrá: Tiempo promedio de espera para ser atendido en lugar donde acudió por la enfermedad o accidente (minutos), según tipo de establecimiento del MSP y BS.

Localidad	Establecimiento del MSP y BS	Tiempo de espera en min.
Urbano	Centro de Salud de Atyrá	40,6
	Centro de Salud de Caacupé	201,6
	Centro de Salud de Tobatí	20,0
	Hospital Nacional de Itaguá	106,9
	Htal. Regional Caacupé	100,2
	Otros	20,0
Bernardino Caballero	Centro de Salud de Atyrá	47,3
	Centro de Salud de Caacupé	53,2
	Centro de Salud de Tobatí	158,3
	Hospital Nacional de Itaguá	5,0
	No se encuentra	9,0
	Puesto de Salud de Bernardino	80,1
Otros	31,6	
Candia	Centro de Salud de Atyrá	41,3
	Centro de Salud de Caacupé	87,4
	Hospital Nacional de Itaguá	30,0
	Htal. Regional Caacupé	39,2
	No se encuentra	10,0
	Puesto de Salud de Candia	163,2
Otros	43,3	

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Los que se han enfermado o accidentado y que han consultado en algún establecimiento del MSP y BS de Atyrá Urbano esperan mayor tiempo cuando consultan el Centro de Salud de Caacupé, en cambio los de Bernardino Caballero y que consultan en esta localidad esperan casi tres horas en el Centro de Salud de Tobatí.

En Candia son los que acuden al Puesto de Salud de esta localidad los que esperan casi tres horas para acceder a los servicios.

4.2. Motivos de no-uso del servicio de salud local

Otro hecho interesante que indirectamente refleja un problema en la calidad percibida del servicio guarda relación con los motivos para no acudir al establecimiento de salud más cercano. En ese sentido, de entre las personas que no usan el servicio de salud más cercano en Bernardino Caballero y Candia, el motivo más frecuente para no hacerlo fue el hecho que en el servicio más cercano no se ofrecían los servicios que la persona necesitaba y en segundo lugar los motivos fueron variados como el horario inconveniente, la escasez de materiales, etc.

La baja calidad de atención constituyó un motivo de no acudir en una de cada diez personas que no acuden a su servicio local en Atyrá urbano, mientras que en Candia una de cada cuatro personas que no consultaron con el servicio local no lo hicieron por ese motivo. El costo del servicio no fue motivo de no consultar con el servicio más cercano. En el caso de Atyrá urbano una de cada 5 personas no consultaba con el servicio local por no conocer a los profesionales de la salud que atienden en la institución.

Cuadro 5.2.43

Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas que no acuden al Servicio de Salud más cercano, para obtener información sobre prevención de enfermedades y/ o primeros auxilios, por razón de no-uso según estrato socioeconómico.

Localidad	No ofrecen servicios	Mala Atención/ Baja calidad de Servicios	Horario Inconveniente	Desconocimiento del personal médico	Escasez de materiales	Muy caro	*Otro	Total
Atyrá Urbana	28,0	11,0	5,1	22,9	9,3	0,0	23,7	100
Bernardino	45,8	14,6	0,0	8,3	12,5	2,1	16,7	100
Candia	47,8	27,8	1,1	6,7	5,6	0,0	11,1	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

4.3. Percepción de la Atención recibida

La calidad de la atención recibida en los servicios en opinión de los usuarios /as de los establecimientos donde acudieron para recibir atención fue descrita como muy buena por el 74% de los entrevistados en Atyrá urbano, el 66% en B. Caballero y el 70% en Candia.

El 2% de los entrevistados en Atyrá urbano refirió que la atención recibida fue regular, mala o muy mala, siendo el estrato medio y el bajo el que refirió haber recibido una atención regular, mala o muy mala. En B. Caballero esta percepción llega al 5% y en Candia al 4%.

Es importante aclarar que las personas enfermas o accidentadas que han consultado, lo han hecho en distintos establecimientos de salud y no precisamente a los locales.

Cuadro 5.2.44

Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas enfermas o accidentadas según opinión respecto a la atención recibida.

Distrito	Localidad	Estrato	Muy buena	Buena	Otros*	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	72,2	24,1	3,8	100
		Medio	79,4	17,2	3,4	100
		Alto	69,7	30,3	0,0	100
		Total	74,1	23,6	2,2	100
	Bernardino Caballero	Bajo	48,1	42,6	9,3	100
		Medio	67,3	29,1	3,6	100
		Alto	78,8	19,7	1,5	100
		Total	65,7	29,7	4,6	100
	Candia	Bajo	76,3	15,8	7,9	100
		Medio	66,1	32,1	1,8	100
		Alto	70,0	27,1	2,9	100
		Total	70,1	26,2	3,7	100

*Regular, mala, muy mala

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

4.4. Percepción acerca de las instalaciones del servicio donde han consultado

Aparte de la calidad del servicio recibido, también se ha investigado acerca de la opinión de las/los usuarios/as en la percepción de los mismos acerca de las instalaciones. En ese orden, hubo un mayor porcentaje que opinó que eran regulares, muy buena, que en el caso de la percepción sobre la atención recibida. La mayoría de las personas (entre el 57% al 63 %) refirieron que las instalaciones eran muy buenas o buenas. La percepción de que las instalaciones eran regulares, malas o muy malas varió entre el 2% (en personas encuestadas en urbano) y el 5% (en

encuestados de Bernardino Caballero). Esta percepción se refiere a las instalaciones del servicio donde fue atendido el usuario, que no son precisamente las instalaciones de estas localidades ya que un porcentaje de estas personas (Cuadro siguiente) se atendió en un servicio fuera de su localidad.

Cuadro 5.2.45

Distrito de Atyrá: Porcentaje de personas enfermas o accidentadas según opinión respecto a las instalaciones del lugar donde recibió el servicio.

Distrito	Localidad	Estrato	Muy buena	Buena	Otros*	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	61,5	29,2	9,4	100
		Medio	63,0	27,3	9,7	100
		Alto	63,3	33,2	3,5	100
		Total	62,8	29,9	7,4	100
	Bernardino Caballero	Bajo	38,9	55,6	5,6	100
		Medio	65,5	23,6	10,9	100
		Alto	72,7	19,7	7,6	100
		Total	60,0	32,0	8,0	100
	Candia	Bajo	65,8	28,9	5,3	100
		Medio	44,6	50,0	5,4	100
		Alto	62,9	30,0	7,1	100
		Total	57,3	36,6	6,1	100

* Regular, mala, muy mala

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

9- EQUIDAD BÁSICA

El concepto de equidad puede ser abordado desde la perspectiva de la igual oportunidad de todas las personas que participan de un sistema de salud de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus necesidades reales de salud. La equidad en el acceso significa que las personas acceden a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no de acuerdo a su nivel de ingreso. Por ello, el Plan de Monitoreo y Evaluación para el proyecto Health Decentralization and Community Participation CIRD/USAID, no puede dejar de analizar la realidad del acceso a los servicios de salud como parte del cumplimiento de los objetivos primarios del proyecto. Las variables utilizadas como indicadores de la equidad en el acceso para las tres comunidades son los estratos socioeconómicos (Bajo, Medio, Alto), Sexo (Hombre, Mujer), por edad para ver cuáles son los factores que mayor discriminación en el acceso ocasionan.

Cuadro 5.2.46**Distrito de Atyrá: Porcentaje de la Población enferma o accidentada que consulta o no según estrato socioeconómico.**

Localidad	Estratos socioec.	Enfermo o accidentado	Consulta	No Consulta	Total
Urbano	Bajo	32,4	24,1	42,1	32,4
	Medio	36,8	39,8	33,4	36,8
	Alto	30,8	36,1	24,5	30,8
	Total	100	100	100	100
B. Caballero	Bajo	35,9	30,8	39,1	35,9
	Medio	32,2	31,3	32,9	32,2
	Alto	31,9	37,9	28,0	31,9
	Total	100	100	100	100
Candia	Bajo	32,0	23,2	36,5	32,0
	Medio	37,5	34,2	39,2	37,5
	Alto	30,5	42,6	24,3	30,5
	Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Se aprecia que en el distrito de Atyrá Urbano, del total de personas enfermas o accidentadas, la mayoría son integrantes del estrato medio y constituyen las personas que más consultan. En cambio tanto en Bernardino Caballero fue el estrato bajo el estrato donde existieron mayores problemas de salud. En esta comunidad este estrato demostró inequidad puesto que fue la que menos consultó. En Candia el estrato socioeconómico medio presentó tanto la tasa de enfermedad y consulta más alta.

El acceso a los servicios de salud ante una enfermedad o accidente en el distrito de Atyrá revela que la población que consulta es la que posee mayores recursos, especialmente los pobladores de Bernardino Caballero y Candia, en el casco urbano de Atyrá existe una pequeña diferencia ya que es la población del estrato medio la que accede en mayor medida frente a aquellos de menores ingresos. Por ende los que no consultan en su mayoría son del estrato bajo en las tres localidades analizadas.

Cuadro 5.2.47**Distrito de Atyrá: Porcentaje de la Población enferma o accidentada que consulta o no según sexo.**

Localidad	Sexo	Enfermo*	Consulta	No consulta	Total
Urbano	Mujer	55,5	54,2	57,0	55,5
	Hombre	44,5	45,8	43,0	44,5
	Total	100	100	100	100
B. Caballero	Mujer	50,5	51,5	49,9	50,5
	Hombre	49,5	48,5	50,1	49,5
	Total	100	100	100	100
Candia	Mujer	43	59,2	55,9	57,0
	Hombre	57	40,8	44,1	43,0
	Total	100	100	100	100

* Si en los últimos 90 días se ha enfermado o accidentado o ha tenido algún síntoma de enfermedad o accidente

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Al analizar el acceso por sexo, se nota una clara diferencia en la consulta entre hombres y mujeres en las comunidades de Bernardino Caballero y Candia donde el porcentaje de mujeres que consultan ante enfermedad o accidente en los últimos 90 días es mayor con relación a la proporción masculina.

Cuadro 5.2.48

Distrito de Atyrá: Porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta o no según tramos de edad.

Localidad	Tramos de edades	Enfermo o accidentado	Consulta	No Consulta	Total
Urbano	0 a 12 años	30,9	38,3	22,1	30,9
	13 a 49 años	44,3	33,9	59,4	45,6
	50 y más años	24,8	27,7	18,5	23,5
	Total	100	100	100	100
B. Caballero	0 a 12 años	28,3	29,1	27,6	28,2
	13 a 49 años	43,9	38,8	48,0	44,4
	50 y más años	27,8	32,2	24,4	27,5
	Total	100	100	100	100
Candia	0 a 12 años	32,8	34,2	32,0	32,8
	13 a 49 años	44,9	34,6	51,5	45,8
	50 y más años	22,3	31,2	16,4	21,4
	Total	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Se observa que en Atyrá Urbano es la población enferma o accidentada comprendida entre 0 y 12 años de edad la que más consultas realizó ante sus necesidades de atención de salud y la población de 50 y más años de edad la que menos consultan, lo mismo que en Candia aunque en esta localidad puede observarse leves indicios de equidad.

En Bernardino Caballero es la población de 13 a 49 años (39%) la que consulta en mayor medida en relación a otros dos grupos etarios.

Cuadro 5.2.49

Distrito de Atyrá: Porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta, según estrato socioeconómico y establecimientos consultados.

Localidades	Estratos	IPS	Estblec. del MSP	Sanatorio, Hosp. Privado	Farmacia	Casa de curandero	Otra casa particular	Hosp. Policial/ Militar	Otros	Total
Urbano	Bajo	5,2	70,8	10,0	2,7	4,1	0,0		7,2	100
	Medio	5,2	64,1	6,7	2,9	7,3	4,8	3,1	5,8	100
	Alto	12,0	38,4	33,1	1,8	0,9	3,2	1,4	9,2	100
	Total	7,6	56,4	17,0	2,5	4,2	3,1	1,7	7,4	100
B. Caballero	Bajo	1,4	65,2	1,4		29,0	1,4	0,0	1,4	100
	Medio	5,6	54,9	18,3	1,4	14,1	4,2	0,0	1,4	100
	Alto	5,8	39,5	24,4	5,8	10,5	3,5	9,3	1,2	100
	Total	4,4	52,2	15,5	2,7	17,3	3,1	3,5	1,3	100
Candia	Bajo	5,0	50,0	10,0		23,3	5,0	0,0	6,7	100
	Medio	5,6	47,8	15,6	2,2	15,6		0,0	13,3	100
	Alto	4,4	44,2	19,5		23,0	5,3	0,0	3,5	100
	Total	4,9	46,8	16,0	0,8	20,5	3,4	0,0	7,6	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

En Atyrá Urbano la población que se ha enfermado o accidentado en los últimos 90 días y que pertenecen al estrato bajo es la que más utiliza los servicios ofrecidos por el MSP, por tanto los servicios públicos llegan más a los que menos recursos poseen. La misma realidad se observa en Bernardino Caballero y Candia aunque en proporciones diferentes: un poco más de 6 de cada diez población enferma o accidentada del estrato bajo de B. Caballero utiliza los servicios del MSP y BS, mientras que en Candia dicha relación es de 5 de cada diez.

Cabe mencionar que en los establecimientos del MSP y BS de las tres comunidades de Atyrá entre el 38% y 44% del estrato alto utilizan este servicio, pagando el mismo arancel que una persona del estrato bajo (siempre que ésta no sea exonerada). Por otro lado, las consultas en establecimientos no institucionales como curanderos, farmacias, casas particulares, entre otros, alcanzan niveles altos de consulta. Al analizar por estratos, la incidencia del uso de los servicios brindados por curanderos es elevada sobre todo en B. Caballero, donde el 29% del estrato bajo acude al los mismos.

10- GASTO EN SALUD

Otro factor importante a ser analizado para evaluar el nivel de la cobertura de los servicios de salud, se refiere a los costos que los demandantes deben enfrentar. En ese sentido, de entre las personas que sufrieron accidentes o enfermedad en los 90 días previos a la encuesta se investigó, cuánto habían gastado en promedio y en qué concepto se realizó dicho gasto con motivo de esa dolencia.

El siguiente cuadro expresa los gastos promedios realizados en los diferentes estratos de las localidades y en los diferentes tipos de atención recibidas, incluyendo solo a aquellas personas que realizaron gastos en la atención de su salud.

La composición de gastos está compuesta por medicamentos, consultas, gastos de laboratorios, etc., y gastos de transportes. El mayor gasto lo constituyó el rubro de medicamentos, oscilando entre 65.000 y 72.000 guaraníes, con pocas variaciones según los estratos, entre 6 a diez veces más costoso que las consultas.

El pago de la consulta osciló entre los 9.000 y 10.000 guaraníes, siendo el tercer gasto en importancia en Atyrá urbano, el cuarto en B. Caballero y el segundo gasto en importancia en Candia.

Los gastos en medios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, rayos X, etc.) constituyeron el segundo lugar, en promedio, en Bernardino Caballero y en Atyrá urbano.

Los gastos de transporte fueron más importantes en Bernardino Caballero que en Atyrá urbano y Candia.

Los gastos por hospitalización oscilaron alrededor de los 7.000 Gs., diez veces menos que los gastos en medicamentos.

Cuadro 5.2.50

Distrito de Atyrá: Gasto promedio por la enfermedad o accidente de los últimos 90 días, según rubros específicos (en Guaraníes)*.

Distrito	Localidad	Estrato	Consultas	Medicamentos	Laboratorios, RX	Hospital	Transporte	Otros	Total Gasto
Atyrá	Urbana	Bajo	6.777	63.749	18.332	3.206	7.172	397	99.633
		Medio	6.639	64.051	7.267	8.987	5.451	12.013	104.407
		Alto	14.184	67.447	63.448	8.440	5.635	6.220	165.373
		Total	9.336	65.179	29.729	7.425	5.923	7.218	124.811
	B. Caballero	Bajo	7.245	81.602	6.392	0	8.094	3.059	106.393
		Medio	5.796	53.301	11.429	18.367	7.816	6.776	103.485
		Alto	10.311	78.902	96.836	0	10.530	934	197.513
		Total	7.966	71.966	42.193	5.590	8.932	3.385	140.031
	Candia	Bajo	7.625	52.875	7.906	25.625	7.863	4.469	106.363
		Medio	9.778	69.791	10.796	4.630	4.844	509	100.348
		Alto	13.633	66.387	6.930	0	5.981	2.014	94.945
		Total	10.963	64.730	8.530	7.133	5.973	1.996	99.326

* Considera solo a las personas que tuvieron algún gasto en cualquiera de los rubros

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Para agotar todas las fuentes de informaciones disponibles con respecto a los gastos en que incurrieron los que han consultado, en esta parte se incluye el cuadro que obtiene datos promediando los gastos realizados incluyendo también a aquellas personas que no han realizado ningún gasto en la atención de su enfermedad o accidente. Por ejemplo aquellos que no habían abonado la consulta o no han utilizado transporte para ir al lugar de atención, o recibieron medicamentos gratuitos, etc.

Cuadro 5.2.51

Distrito de Atyrá: Gasto promedio por la enfermedad o accidente de los últimos 90 días, según rubros específicos (en Guaraníes incluyendo exonerados)*.

Distrito	Localidad	Estrato	Consultas	Medicamentos	Laboratorios, RX	Hospital	Transporte	Otros	Total Gasto
Atyrá	Urbana	Bajo	6.101	57.396	16.505	2.887	6.457	357	89.704
		Medio	6.261	60.370	6.887	8.518	5.167	11.386	98.589
		Alto	12.749	60.625	57.030	7.586	5.065	5.591	148.646
		Total	8.565	59.744	27.311	6.822	5.441	6.631	114.513
	B. Caballero	Bajo	6.843	77.069	6.037	0	7.644	2.889	100.482
		Medio	5.164	47.486	10.182	16.364	6.964	6.036	92.195
		Alto	9.530	72.924	89.500	0	9.732	864	182.550
		Total	7.329	66.208	38.817	5.143	8.218	3.114	128.829
	Candia	Bajo	6.421	44.526	6.658	21.579	6.621	3.763	89.568
		Medio	9.429	67.298	10.411	4.464	4.671	491	96.764
		Alto	12.393	60.696	6.336	0	5.469	1.841	86.735
		Total	9.997	59.204	7.802	6.524	5.463	1.826	90.816

* Incluye los que consultaron y no tuvieron gastos

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

11- PRECIO (ARANCEL) DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Aranceles pagados por los usuarios

Los aranceles constituyen el abono que los pacientes realizan en los establecimientos de salud a cambio de un servicio, la fijación de aranceles podría limitar el acceso a los servicios de salud, pero podría constituir un incentivo para financiar los gastos de los establecimientos. Esto siempre y cuando los recursos se utilicen en el mismo establecimiento, y lo fundamental que el establecimiento se encuentre funcionando eficientemente, porque de no ser así el usuario no tendría por qué pagar un arancel más elevado producto de la ineficiencia del establecimiento.

La prestación más onerosa es el parto normal, puesto que es el procedimiento que requiere más recursos y materiales para su realización. Cabe destacar que el M.S.P. y B.S. es la institución que fija los aranceles de los establecimientos públicos de acuerdo a medidas administrativas, motivados más por la necesidad de recaudación y no, en estudios fundamentados en costos de prestaciones de servicios.

Los montos de los otros servicios son menores, como las consultas en cualquier servicio oscilan entre 3.000 y 5.500 guaraníes, mientras que en el servicio de internación no se cobra arancel, sí por el parto normal con un arancel de Gs. 77.000.

Los controles de crecimiento y desarrollo no implican arancel alguno en ninguno de los establecimientos, como tampoco el servicio de vacunación. Los servicios de urgencias como cirugía menor es el que tiene un arancel más elevado, sobre todo en el Centro de Salud de Atyrá en comparación con los otros establecimientos.

Cuadro 5.2.52**Listado de aranceles pagado por los usuarios a cambio de servicios de salud**

Servicio	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Internación			
Clínica médica	ND	ND	ND
Pediatría	ND	ND	ND
Gineco-Obstetricia (Parto)	0	ND	ND
Consultas			
Clínica	5.500	3.000	3.300
Pediatría	5.500	3.000	3.300
Crecimiento y Desarrollo	-	-	-
Diarrea	5.500	3.000	3.300
IRA	5.500	3.000	3.300
Vacunación	0	0	0
Control Pre-natal	5.500	3.000	3.300
Control Post-natal	5.500	-	ND
Parto Normal	77.000	ND	ND
Parto por Cesárea	ND	ND	ND
Papanicolau	-	3.000	-
Planificación Familiar	5.500	3.000	3.300
Urgencias			
Cirugía Menor	20.000	10.000	5.000
Curaciones	5.500	3.000	3.300
Nebulización	5.500	3.000	3.300
Aplicación Inyecciones (c/jeringa)	1.000	1.000	1.000
Odontología			
Consulta	5.500	ND	ND

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

12- PORCENTAJE DE EXONERACIONES

Todos estos establecimientos atienden principalmente a personas de escasos recursos, por lo tanto ocurre que algunos pacientes no tienen con que pagar los aranceles. En este caso todos los establecimientos ofrecen la posibilidad de exonerar a los pacientes de escasos recursos, aunque en la práctica también estos beneficios se extienden total o parcialmente a pacientes solventes. El paciente debe declarar insolvencia y el funcionario encargado tiene que ratificar lo mismo. Los porcentajes de exoneración oscilan entre el 30% en Bernardino Caballero y el 70% en el puesto de salud de Cnel. Duarte. La exoneración es una modalidad que existe en todos los establecimientos de salud dependientes de M.S.P. y B.S.

Cuadro 5.2.53 Información sobre la exoneración de Pacientes

Exoneración	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Se exoneran Pacientes	Sí	Sí	Sí
Criterios para exonerar	Insolvencia	Insolvencia	Insolvencia
Persona Encargada de exonerar	Perceptora	Encargada	Encargada
Porcentaje de exoneración	50%	70%	30%

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

OBJETIVO 3: Mejorar el cuidado de salud de la población e incrementar la demanda por servicios de salud.

1-DISPONIBILIDAD DE MATERIALES DE IEC EN ESTABLECIMIENTOS.

La existencia de carteles en los establecimientos para la mejor información de los pacientes es de mucha importancia. El servicio de Inmunizaciones está señalizado en todos los establecimientos de salud.

En Cnel. Duarte y Bernardino Caballero no ofrecen el servicio de parto y no poseen carteles explicativos sobre este servicio, pero en Atyrá que si ofrece este servicio tampoco lo tiene. El Puesto de Salud de Cnel. Duarte cuenta con dos carteles de Servicio pre-natal, como también de planificación familiar, mientras que el de B. Caballero sólo cuenta con un cartel de vacunación.

Cuadro 5.2.54 Cantidad de carteles con información sobre los servicios ofrecidos

Concepto	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Planificación Familiar	No	2	No
Servicio Prenatal	1	2	No
Partos	No	No	No
Cuidado Post Natal	No	No	No
Inmunizaciones	1	4	1

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

En cuanto al horario de atención a los pacientes, Atyrá y Bernardino Caballero solo informa acerca del horario de Inmunizaciones, mientras que Cnel. Duarte tiene todo señalizado a excepción del horario de partos que es un servicio que no ofrece.

Cuadro 5.2.55 Disponibilidad de carteles que indican el horario de atención

La señalización indica horario de los servicios	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Planificación Familiar	No	Sí	No
Servicio Prenatal	No	Sí	No
Partos	No	No	No
Cuidado Post Natal	No	Sí	No
Inmunizaciones	Sí	Sí	Sí

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

Los carteles existentes enfatizan la planificación familiar. El establecimiento con mayor despliegue de afiches es el de Cnel. Duarte. Ahí las usuarias pueden informarse acerca de los métodos como el DIU, gestágenos, condones, inyecciones, y tabletas vaginales. Atyrá y Bernardino Caballero sólo presentan afiches acerca de uno de los temas listados. En Atyrá exhiben afiches sobre otros temas que no fueron incluidos, mientras que en Bernardino Caballero presentan los temas de planeamiento de los hijos.

Los métodos con menor difusión son los de esterilización tanto para el hombre como para la mujer; y los temas de bienestar de la mujer y la familia.

Cuadro 5.2.56 Disponibilidad de carteles sobre Planificación Familiar

Afiches sobre Planificación Familiar	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Familia Pequeña	No	No	No
Planeamientos de hijos	No	No	Sí
Esterilización Masculina	No	No	No
Esterilización Femenina	No	No	No
DIU	No	Sí	No
Píldoras	No	Sí	No
Condones	No	Sí	No
Inyecciones	No	Sí	No
Tabletas vaginales	No	Sí	No
Bienestar de la Mujer	No	No	No
Bienestar familiar	No	No	No
Otros	Sí	No	No

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

Los establecimientos de Atyrá y de Cnel. Duarte presentan calendarios de vacunación para el cuidado de la salud materno infantil. El Puesto de Salud de Bernardino Caballero es el único que cuenta con cartel sobre nutrición infantil.

Cuadro 5.2.57 Disponibilidad de carteles sobre Salud Materno-infantil

Afiches sobre Salud Materno Infantil	Centro de Salud Atyrá	Puesto de Salud de Cnel. Duarte	Puesto de Salud B. Caballero
Calendario de Vacunación	Sí	Sí	No
Nutrición Infantil	No	No	Sí
Control de Niño sano	No	Sí	Sí

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

2- ACCESO A ACTIVIDADES DE IEC.

Otra de las actividades del Proyecto “Alianza para la Salud” que tiene el propósito de mejorar el cuidado de la salud, así como aumentar la demanda de la comunidad por los servicios de salud son las acciones que se han hecho o pueden hacerse en torno a la Información, Educación y

Comunicación (IEC). Como consecuencia de la ejecución de estas actividades, se supone que las actitudes y prácticas en torno al cuidado de la salud por parte de la población pueden modificarse a favor de un mejor bienestar.

La información de la Encuesta indica que entre el 89 % y 95% de los hogares de Atyrá no escuchó o asistió a alguna charla o actividad educativa sobre algún tema en salud organizado/desarrollado por el Consejo Local/Centro/Puesto de Salud. Se observa que en Atyrá Urbano y Candia el porcentaje de quienes “sí asistieron o escucharon” fue mayor en el estrato alto, y en Bernardino Caballero en el estrato medio. Este último resultado podría estar asociado a la disponibilidad de información, el nivel de escolaridad y las posibilidades de acceso a ese tipo de actividades de los diferentes grupos de la población.

Cuadro 5.2.58

Distrito de Atyrá: Porcentaje de hogares según si ha escuchado o asistido a alguna charla o actividad educativa sobre algún tema en salud organizado/desarrollado por el Consejo Local/Centro/Puesto de Salud.

Distrito	Localidad	Estrato	Sí asistió o escuchó	No	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	11,6	88,4	100
		Medio	7,6	92,4	100
		Alto	12,8	87,2	100
		Total	10,7	89,3	100
	Bernardino Caballero	Bajo	7,4	92,6	100
		Medio	12,6	87,4	100
		Alto	7,5	92,5	100
		Total	9,1	90,9	100
	Candia	Bajo	0,0	100	100
		Medio	3,9	96,1	100
		Alto	10,0	90,0	100
		Total	4,6	95,4	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

No obstante el resultado anterior, la información disponible indica que entre quienes sí escucharon o asistieron a alguna actividad educativa sobre salud los temas tratados con más frecuencia fueron sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, y con menos frecuencia los temas de control prenatal infantil, vacunación y nutrición infantil. Finalmente, los resultados de la Encuesta muestran que entre estos mismos hogares una gran mayoría (entre 76% y 100%) indicó que dichas actividades educativas eran útiles para la población.

Cuadro 5.2.59

Distrito de Atyrá: Porcentaje de hogares según los temas desarrollados en las charlas o actividades educativas que asistió o escuchó.

Localidad	Planificación Familiar	Control prenatal	Enfermedades de transmisión sexual	Vacunación	Lactancia materna	PAP	Nutrición infantil
Urbana	25,2	20,7	30,1	9,4	3,8	2,4	11,8
Bernardino Caballero	42,5	13,7	2,7	13,7	0,0	11,0	2,7
Candia	26,1	21,7	34,8	8,7	0,0	13,0	8,7

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Cuadro 5.2.60 Distrito de Atyr: Porcentaje de hogares según opinión sobre la utilidad de las charlas o actividades educativas sobre temas de Salud.

Localidad	til	Otras opciones*	Total
Urbana	83,6	16,4	100
Bernardino	75,9	24,1	100
Candia	100	0,0	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Algunos indicadores de actividades potenciales de IEC destinadas a las MEF sin uso de método anticonceptivo: conocimiento sobre el lugar para obtener información o anticonceptivos.

A las no usuarias se les pregunt también a qué lugar iran (institución) o a qué persona recurriran para obtener información y métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.

En el siguiente cuadro, se nota que existe una clara identificación de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública como los entes capacitados para brindar información donde la población femenina recurrira en caso de necesidad. En Bernardino Caballero y Candia se identifica al IPS (Seguro social), pero en una proporción muy pequeña. Atyr urbano (5%) y Bernardino Caballero (3%) la farmacia es considerada como fuente de obtención de información para una escasa proporción de la población.

Los sanatorios o consultorios privados fueron mencionados como otra alternativa para obtener información por una pequeña porción de los residentes en Atyr urbano (7%) y Candia (4%).

Cuadro 5.2.61**Distrito de Atyr: Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años de edad que no usan métodos anticonceptivos, por persona o institución donde acudira para obtener información para no quedarse embarazada, según localidad y estrato socioeconómico.**

Distrito	Localidad	Estrato	Persona o institución donde acudira para conseguir información para no quedarse embarazada						Total
			MSP BS	IPS	Sanat. Consul. Privado	Farmacia	Amiga, Vecina, pariente	Otro	
Atyr	Urbana	Bajo	89,6	0,0	10,4	0,0	0,0	0,0	100
		Medio	80,2	0,0	4,7	12,8	2,3	0,0	100
		Alto	87,3	0,0	6,3	3,8	0,0	2,5	100
		Total	85,8	0,0	7,3	5,4	0,8	0,8	100
	Bernardino Caballero	Bajo	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100
		Medio	90,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	100
		Alto	81,8	9,1	0,0	9,1	0,0	0,0	100
		Total	90,9	3,0	0,0	3,0	3,0	0,0	100
	Candia	Bajo	90,0	0,0	5,0	0,0	5,0	0,0	100
		Medio	53,3	6,7	6,7	0,0	13,3	20,0	100
		Alto	70,6	11,8	0,0	0,0	11,8	5,9	100
		Total	73,1	5,8	3,8	0,0	9,6	7,7	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Tal como puede notarse, en Atyr urbano y Bernardino Caballero se identifica, en primer lugar, a los establecimientos del Ministerio de Salud Pública como el lugar a donde recurrir para obtener métodos anticonceptivos para posponer un embarazo, en segundo lugar, las personas acuden a la farmacia.

En Candia, en primer lugar mencionaron a la farmacia y casi en igual proporción los servicios del Ministerio de Salud. En menor medida la población recurriría a los centros privados, al igual que al Seguro Social (IPS) que fue mencionado solo en Bernardino Caballero y Candia.

Cuadro 5.2.62

Distrito de Atyrá: Distribución porcentual de mujeres de 15 a 49 años de edad que no usan métodos anticonceptivos, por institución donde acudiría para obtener métodos anticonceptivos para no quedarse embarazada, según localidad y estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Lugar donde acudiría para conseguir Métodos anticonceptivos para no quedarse embarazada				Total
			MSP BS	Farmacia	Sanat. Cons. Privado	IPS	
Atyrá	Urbana	Bajo	64,4	33,3	2,3	0,0	100
		Medio	47,6	52,4	0,0	0,0	100
		Alto	66,3	31,5	2,2	0,0	100
		Total	59,6	38,8	1,5	0,0	100
	Bernardino Caballero	Bajo	76,9	23,1	0,0	0,0	100
		Medio	66,7	33,3	0,0	0,0	100
		Alto	72,7	18,2	0,0	9,1	100
		Total	72,7	24,2	0,0	3,0	100
	Candia	Bajo	61,9	33,3	4,8	0,0	100
		Medio	23,1	53,8	0,0	7,7	100
		Alto	35,3	52,9	0,0	11,8	100
		Total	43,1	45,1	2,0	5,9	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Otro indicador importante es el idioma hablado por las mujeres no usuarias y el lugar donde acudirían para informarse sobre los métodos anticonceptivos, cuyos datos se presentan a continuación.

Cuadro 5.2.63

Distrito de Atyrá: Porcentaje de Mujeres de 15 a 49 años que no usan métodos anticonceptivos por establecimientos donde acudiría para obtener información según idioma hablado en el hogar.

Localidad	Establecimientos	Idioma hablado			
		Guarani	Español	Español y Guarani	Total
Urbano	Establecimientos del MSP y BS	27,2	20,5	52,2	100
	Hospital/Consultorio IPS	50		50	100
	Sanatorio/Hosp. Privado	13,6	58,8	41,2	100
	Clínica o Medico Privado	6,7	66,3	100	100
	Farmacia	9,1	21,4	78,6	100
	Amiga/Vecina/Pariente	37,5	37,5	100	100
	Otro	26	46	28	100
	Total	23,4	22,6	54,0	100
B. Caballero	Establecimientos del MSP y BS	73,0		27,0	100
	Hospital/Consultorio IPS	100	0	100	100
	Clínica o Médico Privado	100	0	0	100
	Farmacia	100	0	100	100
	Amiga/Vecina/Pariente	0	100	100	100
	Otro	0	0	100	100
	Total	70	2,5	27,5	100
Candia	Establecimientos del MSP y BS	72,9	5,1	22,0	100
	Hospital/Consultorio IPS	33,3	33,3	33,3	100
	Sanatorio/Hospital Privado	100	0	0	100
	Mercado	0	0	100	100
	Amiga/Vecina/Pariente	22,2	22,2	55,6	100
	Otro	100	0	0	100
	Total	65,5	8,3	26,2	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

3- ACCESO A INFORMACIÓN DE SALUD POR MEDIO DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD (ACS)

Esta información no está disponible pues al momento de la recolección de datos para la encuesta aún no estaba en marcha la actividad de los Agentes Comunitarios de Salud.

4- OPORTUNIDAD DE CONTROL PRENATAL. RECEPCIÓN DE VACUNAS Y SUPLEMENTOS.

Como uno de los objetivos del proyecto figura incrementar la demanda y ampliar el acceso a los servicios de salud con énfasis en salud reproductiva. Por ende, es menester presentar la situación inicial que caracteriza a la salud reproductiva del Distrito analizado en sus tres localidades.

En ese marco, se presenta información sobre las mujeres que estaban embarazadas en el momento de ser entrevistadas. Es de suma importancia conocer la atención médica que recibieron las mujeres en su embarazo actual, el tratamiento recibido durante el embarazo indica la calidad de atención de los servicios.

El cuidado prenatal contempla varios componentes, entre ellos se encuentra la inmunización a la que deben someterse las mujeres embarazadas. Así, se analiza si recibieron dosis de vacuna antitetánica, si están tomando suplemento de hierro, cuántos meses de embarazo tenían cuando

acudieron al primer control y el número de controles prenatales realizados durante el embarazo actual. También se estudia el lugar o la institución donde acudió y el profesional que le atendió durante el control prenatal.

El toxoide tetánico aplicado a las mujeres embarazadas es la manera de lograr la inmunidad del recién nacido para protegerlo del tétanos neonatal o “mal de los siete días”. Se observan altas coberturas en los embarazos actuales. Del total de mujeres entrevistadas en Atyrá urbano, Bernardino Caballero y Candia, menos del 11% estaba embarazada en el momento de la encuesta (cifra no mostrada en el cuadro).

Cuadro 5.2.64

Distrito de Atyrá: Porcentaje de mujeres embarazadas actualmente que tuvo control Prenatal, tratamiento recibido, lugar y profesional que le atendió, por comunidades.

Control prenatal, tratamiento, lugar y profesional que le atendió	Atyrá		
	Urbano	Bernardino Caballero	Candia
Al menos 1 dosis de antitetánica			
1-3 meses de embarazo	0,0	18,2	14,3
4-6 meses de embarazo	43,8	54,5	21,4
7+ meses de embarazo	31,3	18,2	35,7
No recibió	25,0	9,1	28,6
Suplemento de hierro			
Toma suplemento	66,7	54,5	50,0
No toma	33,3	45,5	50,0
Meses de embarazo al primer control			
1-3 meses de embarazo	52,1	63,6	42,9
4-6 meses de embarazo	35,4	27,3	14,3
7+ meses de embarazo	0,0	0,0	0,0
Sin Control	12,5	9,1	42,9
Número de controles prenatales			
1-4 controles	56,3	63,6	42,9
5+ controles	31,3	27,3	14,3
Sin Control	12,5	9,1	42,9
Institución donde se hizo el control			
Establecimiento del MSP y BS	72,9	81,8	42,9
Sanat., Hosp. Médico Privado	14,6	9,1	14,3
Sin Control	12,5	9,1	42,9
Profesional que atendió el control			
Médico	41,7	27,3	21,4
Obstetra Profesional	45,8	45,5	28,6
Enfermera	0,0	18,2	7,1
Sin Control	12,5	9,1	42,9
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

La proporción de mujeres embarazadas que recibió al menos una dosis de *vacuna antitetánica* oscila entre 71% y 91%, según residan en Atyrá urbano, Bernardino Caballero o Candia. De las mujeres que recibieron al menos una dosis de antitetánica en Atyrá urbano, 44% lo recibió recién entre el cuarto y sexto mes de embarazo. En Bernardino Caballero, 18% de las mujeres recibieron al menos una dosis en el primer trimestre de su actual embarazo y en Candia el 14% lo recibió en el primer trimestre.

Un poco más de la mitad de las embarazadas de Atyrá urbano (52%) acudió al *primer control* en el primer trimestre de su embarazo actual, la proporción que acudió en los primeros tres meses de embarazo es mayor en Bernardino Caballero (64%) y menor en Candia (43%). Una proporción cercana a 20% se encontraba sin ningún control en el momento de la entrevista.

De todas las mujeres embarazadas de Atyrá urbano, más de la mitad se hizo de 1 a 4 controles, en Bernardino Caballero esta proporción aumenta a 64% y en Candia disminuye a 43%. En Candia es más alto el porcentaje de embarazadas (43%) que no se había hecho ningún control en el momento de la entrevista.

En las tres localidades del departamento de Cordillera, los controles son hechos por el médico y la obstetra profesional en igual proporción, con excepción de la localidad de Bernardino Caballero donde la obstetra profesional (46%) realiza los controles en mayor proporción con relación al médico (27%) y la enfermera (18%). Las mujeres acuden principalmente a los establecimientos del Ministerio de Salud para recibir sus controles prenatales y en menor medida a un centro privado.

Sin embargo, de acuerdo a los datos de la Encuesta de Establecimientos en el periodo comprendido de Enero a Mayo del 2002, un total de 146 mujeres acudieron al Centro de Salud de Atyrá para su control pre-natal y 36 mujeres, es decir el 25% acudieron antes del 4to. mes de embarazo.

Cuadro 5.2.65
Cantidad de Mujeres que se hicieron Controles Prenatales

Localidad	Antes del 4to. Mes	Después del 4to. Mes	TOTAL PACIENTES
Atyrá	35	114	139
B. Caballero	1	4	5
Candia	0	2	2
TOTAL	36	120	146

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

5-PRÁCTICAS DE LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN INFANTIL.

La leche materna es considerada como el alimento más completo para el crecimiento y el desarrollo del niño, ya que a través de ella el recién nacido recibe su primera "inmunización" y protección contra algunas enfermedades, como la diarrea, tos, catarro, etc. Por ello es necesario conocer qué proporción de niños reciben este alimento sustancial sobretodo para los primeros seis meses de vida.

Tal como puede observarse, la incidencia es bastante alta en las tres comunidades, aunque existen diferencias en la incidencia entre localidades. Los menores de Bernardino Caballero son los que casi en su totalidad reciben la leche materna, en cambio en Atyrá urbano la cantidad de menores oscila entre 8 de cada diez menores.

Cuadro 5.2.66

Distrito de Atyrá: Porcentaje de niños menores de cinco años según si reciben o recibieron leche materna por localidades.

Localidad	Sí		No	Total
	Hasta 6 meses	Más de 6 meses		
Urbano	35,3	47,5	17,2	100
Bernardino C.	28,9	69,3	1,9	100
Candia	18,8	76,5	4,7	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Por otro lado, no solo debe analizarse la incidencia sino la duración promedio de la lactancia. En efecto, se observó que el promedio de lactancia ha sido de 9 meses en Atyrá urbano, de 12 meses en Candia y de 10 meses en Bernardino Caballero.

Cuadro 5.2.67

Distrito de Atyrá: Promedio en meses, que se le dio o se le esta dando leche materna a niños menores de 5 años según estrato socioeconómico

Distrito	Localidad	Estrato	Meses
Atyrá	Urbana	Bajo	11,2
		Medio	9,4
		Alto	6,2
		Total	9,4
	Bernardino Caballero	Bajo	11,0
		Medio	9,5
		Alto	9,8
		Total	10,2
	Candia	Bajo	11,4
		Medio	11,4
Alto		12,4	
Total		11,8	

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Para obtener algún indicador de la lactancia exclusiva, se observa que en promedio, la edad en la que se le administró otro tipo de leche al niño oscila entre los 5 y 8 meses de edad.

El área urbana de Atyrá fue donde más precozmente proporcionaron otro tipo de leche al niño.

Cuadro 5.2.68

Distrito de Atyrá: Edad promedio en mes del niño de 5 años al recibir otro tipo de leche (de vaca, polvo, etc.) según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Meses
Atyrá	Urbana	Bajo	5,8
		Medio	5,2
		Alto	3,9
		Total	5,1
	Bernardino Caballero	Bajo	7,6
		Medio	8,2
		Alto	6,1
		Total	7,4
	Candia	Bajo	7,4
		Medio	7,9
		Alto	8,6
		Total	8,0

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

En cuanto a la edad de administración de alimentos sólidos al niño se puede observar que en las tres localidades se inició, en promedio, a suministrar alimento sólido al bebé a los 5 meses de vida. En base a estos datos se puede observar que no se ha alcanzado la lactancia exclusiva de seis meses recomendada.

Cuadro 5.2.69

Distrito de Atyrá: Edad promedio en mes del niño menor de 5 años al recibir otro tipo de alimento sólido según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Meses
Atyrá	Urbana	Bajo	4,7
		Medio	4,7
		Alto	5,1
		Total	4,8
	Bernardino Caballero	Bajo	4,7
		Medio	6,4
		Alto	5,2
		Total	5,4
	Candia	Bajo	5,9
		Medio	5,3
		Alto	4,3
		Total	5,1
Total	Bajo	5,0	
	Medio	5,0	
	Alto	4,8	
	Total	4,9	

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

5.3. Indicadores de Impacto

Estos se constituyen en indicadores finales y miden el efecto de una intervención sobre el estado de salud y bienestar de la población. Específicamente los de impacto miden el efecto global de la ejecución del proyecto sobre el bienestar y las condiciones de vida, es decir las dimensiones del estado de salud, entre otros.

Para la presente línea de base se han establecido cinco indicadores que resumen el estado de salud en general de la población, salud reproductiva, salud materna e infantil e indicadores de calidad.

A- Salud General

1- Incidencia de enfermedades

Para la presentación de este indicadores se ha recurrido a dos fuentes de informaciones: La encuesta de hogares y la de establecimientos.

Según los datos de la encuesta de hogares, los casos de enfermedades respiratorias son las más numerosas en las tres comunidades ya que casi 4 de cada diez personas de Atyrá Urbano y Candia que se han enfermado en los últimos 90 días y un poco más de 3 de cada diez en Bernardino Caballero han declarado sufrir de enfermedades respiratorias. La segunda enfermedad en orden de importancia en cuanto a su incidencia es el dolor de cabeza, luego se ubican las enfermedades crónicas. También otras enfermedades que no corresponden a las de la lista tienen alta incidencia, alrededor de la cuarta parte de los enfermos en B. Caballero y Candia, y un poco más de 2 de cada diez en Atyrá Urbano. El resto se distribuye entre enfermedades intestinales, del corazón, etc.

Cuadro 5.3.1

Distrito de Atyrá: Porcentaje de enfermedades o accidentes en los últimos 90 días, según comunidades (Perfil Epidemiológico).

Enfermedad o accidente	Urbana	B. Caballero	Candia
	%	%	%
1- Enf. Respiratorias	38.63	34.98	38.32
2- Enf. Intestinales	2.48	2.02	2.87
3- Enf. del Corazón	3.83	3.59	3.28
4- Accid. o Envenenamiento	0.90	0.67	0.20
5- Problemas dentales	1.67	3.14	2.87
6- Enf. Crónicas	8.55	5.61	5.94
7- Dolor de Cabeza	19.27	21.97	17.01
8- Dolor de Estómago	2.16	2.47	3.28
9- Escalofrios	1.04	0.67	0.82
10- Otro	21.48	24.89	25.41
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Conforme a los datos proveídos por los establecimientos, en el marco de la encuesta ejecutada a establecimientos se presentan los siguientes datos que evidencian En la siguiente tabla se muestra la prevalencia de la infección respiratoria leve en Cnel. Duarte (73%), en Atyrá (44%) y en Bernardino Caballero (42%).

La segunda causa de mayor prevalencia de enfermedades en las tres comunidades constituye la anemia, y la parasitosis intestinal también presenta una alta incidencia en Atyrá y Cnel. Duarte, mientras que en Bernardino Caballero la escabiosis (sarna) adquiere relevancia.

Cuadro 5.3.2 Perfil Epidemiológico

DIAGNÓSTICO	Atyrá		Cnel. Duarte		B. Caballero	
	Nº de casos	%	Nº de casos	%	Nº de casos	%
IRA Leve	456	44,23	43	72,88	18	42,86
Anemia	188	18,23	9	15,25	8	19,05
Parasitosis intestinal	91	8,83	3	5,08		
Diarrea sin Deshidratación	67	6,50			1	2,38
Hipertensión arterial	49	4,75	3	5,08		
Infección Urinaria	41	3,98				
Micosis Superficial	39	3,78				
Dermatitis	33	3,20				
Diabetes	21	2,04				
Giardiasis	19	1,84				
IRA Moderada (neumonía)	15	1,45				
Alergia	12	1,16				
Jaqueca			1	1,69		
Escabiosis					6	14,29
Dolor Gástrico					3	7,14
Leucorrea					3	7,14
Dolor Lumbar					1	2,38
Artritis					1	2,38
Picadura de Insecto					1	2,38
TOTALES	1.031		59		42	

Fuente: Encuesta de Establecimientos. CIRD 2002

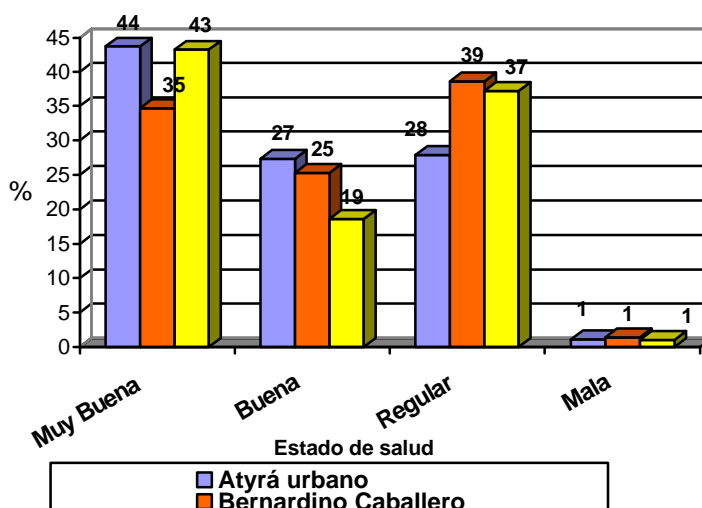
1.2. Percepción del estado de salud de la población

Para obtener esta información se preguntó a las personas entrevistadas como describirían el estado de salud de los miembros de su familia y de sí mismos, en los últimos 90 días previos a la encuesta.

Al preguntar a las personas entrevistadas como describirían el estado de salud de los miembros de su familia y de sí mismos, en los últimos 90 días previos a la encuesta.

En Atyrá urbano la percepción de la población del estado de salud de su familia y de su propio estado de salud fue en promedio la siguiente: el 44% refirió gozar de muy buena salud, el 27% buena, el 28% regular y menos del 1% refirió mala salud.

Figura 5.3.1
Distrito de Atyr: Percepción de la población sobre su estado de salud.



Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

En Bernardino Caballero cerca de un tercio de la población encuestada describió su estado de salud como muy bueno 35%, 25% como buena y 39% como regular. En Candia el porcentaje de los encuestados que refirieron gozar de muy buena salud fue de 43%, de buena salud: 19% y más de un tercio de la población encuestada (37%) refirió un estado de salud regular.

1.2. Relación entre porcentaje de la población enferma y los que han consultado, por tipo de establecimiento y profesional.

Al preguntar si han tenido, el entrevistado/ a y/ o los miembros de su familia alguna enfermedad o accidente en los últimos 90 días previos a la encuesta, fueron los pobladores de Atyr Urbano los que refirieron, en promedio, menor porcentaje de enfermedad (41%), mientras que en Candia (49%) y B. Caballero (56%) refirieron haber sufrido enfermedad alrededor de la mitad de la población.

La población que consulta difiere entre comunidades de un mismo distrito, así en Atyr Urbano casi la mitad de los que se han enfermado han consultado, mientras que en Candia y B. Caballero dicha tasa disminuye a 34% y 56% respectivamente.

Cuadro 5.3.3**Distrito de Atyrá: Porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta.**

Localidad	Población enferma o accidentada	Consulta
Urbana	41,1	54,3
B. Caballero	55,7	39,2
Candia	48,6	33,6

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Por otro lado la consulta por tipo de establecimiento y profesional que le atendió ante su dolencia o accidente refiere que en su mayor parte la población recurre a establecimientos del MSP y BS, seguido por los sanatorios y hospitales privados. El IPS es utilizado en menos del 10% de los enfermos o accidentados de Atyrá Urbana, no así en Candia y B. Caballero donde la prevalencia del uso es de solo 5%.

Cuadro 5.3.4**Distrito de Atyrá: Porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta por tipo de establecimiento consultado.**

Establecimientos	Localidades		
	Urbano	B.Caballero	Candia
MSP y BS	56,4	52	46,9
Sanatorios y Hosp. Privados	17	15,4	16,5
IPS	7,6	4,6	4,9
Otros	18,9	28	31,7

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Por otro lado, cuando se pregunta quien fue la persona o profesional consultado, en su mayoría en las tres localidades han respondido que fueron atendidos por médicos, más del 70% en B. Caballero y Candia y 90% en Atyrá Urbano. En B. Caballero se observa que la práctica de recurrir a un curandero es de casi 2 de cada diez enfermos o accidentados. Esta tasa disminuye en Atyrá Urbana donde apenas alcanza a uno de cada diez enfermos.

Cuadro 5.3.5**Distrito de Atyrá: Porcentaje de la población enferma o accidentada que consulta según el proveedor consultado.**

Localidad	Doctor	Curandero	Otros*	Total
Urbana	90,5	4,1	5,4	100
B. Caballero	71,4	17,1	11,5	100
Candia	73,8	21,3	4,9	100

* incluye enfermera/o, farmacéutico, dentista, otros.

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

B- Salud Materna y Reproductiva**2- Incidencia de embarazos**

La proporción de mujeres de 15 a 49 años que reportaron estar embarazadas al momento de la encuesta llega al 10% en dos localidades y 6% en Atyrá Urbano. La comunidad que presenta mayor número de embarazadas es B. Caballero donde casi 1 de cada diez mujeres de 15 a 49

años están embarazadas. En contraste, en Atyrá Urbano dicha relación es solo de 5 por cada cien mujeres.

Cuadro 5.3.6

Distrito de Atyrá: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años embarazadas actualmente por localidades.

Localidad	Si	No	No sabe	Total
Urbano	5,5	94,3	0,2	100
B. Caballero	10,7	88,3	1	100
Candia	8,8	90,6	0,6	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

Para complementar la información de natalidad, es pertinente conocer el porcentaje de hijos nacidos vivos por mujer según el establecimiento al que recurrió. La información sobre el lugar donde ocurrió el parto de los nacidos en los 3 últimos años anteriores a la fecha de la encuesta y que tipo de profesional le atendió.

Del total de nacimientos ocurridos en los últimos tres años anteriores a la entrevista, en Atyrá urbano, 88% fue atendido en algún establecimiento de salud y 12% de los partos son domiciliarios. En Bernardino Caballero, los partos institucionales disminuyen a 84% y en Candia solamente 76% de los nacimientos fueron partos institucionales y 24% domiciliarios.

Cuadro 5.3.7

Distrito de Atyrá: Porcentaje de nacidos vivos en los últimos 3 años anteriores a la encuesta, por lugar de atención del parto, según localidad.

Distrito	Localidad	Lugar del parto		
		Parto institucional	Parto domiciliario	Total
Atyrá	Urbana	87,9	12,1	100
	Bernardino Caballero	83,9	16,1	100
	Candia	76,0	24,0	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

3- Fecundidad

Porcentaje de Nº de hijos por MEF

Otro hecho demográfico muy importante constituye el número de hijos por mujer en edad fértil. En este apartado se presenta el promedio de hijos nacidos y el promedio de hijos actualmente vivos, para todas las mujeres encuestadas.

Se observa que el promedio de hijos nacidos y el promedio de hijos actualmente vivos, para todas las mujeres encuestadas. El nivel de fecundidad es menor en Atyrá urbano (3,1 hijos), la diferencia es de 1 hijo más para Bernardino Caballero (4,1 hijos) y más de medio hijo para Candia (3,8 hijos). En Candia las mujeres del estrato bajo tienen un poco más de 2 hijos respecto a las del estrato alto, en Atyrá urbano también las del estrato bajo tienen más hijos que las mujeres del estrato alto.

Cuadro 5.3.8**Distrito de Atyrá: Promedio de hijos nacidos vivos e hijos actualmente vivos, según localidad y estrato socioeconómico.**

Distrito	Localidad	Estrato	Promedio de hijos nacidos vivos	Promedio de hijos actualmente vivos
Atyrá	Urbana	Bajo	4,1	3,8
		Medio	2,8	2,8
		Alto	2,6	2,5
		Total	3,1	3,0
	Bernardino Caballero	Bajo	3,9	3,9
		Medio	4,0	3,7
		Alto	4,5	4,3
		Total	4,1	4,0
	Candia	Bajo	5,0	4,7
		Medio	3,8	3,6
		Alto	2,8	2,7
		Total	3,8	3,6

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

C-Salud Infantil**4- Niveles de Desnutrición infantil**

El indicador de la desnutrición es un factor muy importante para analizar la situación de la salud de los menores a cinco años. En ese sentido, existen varias metodologías que permiten extraer informaciones sobre la salud nutricional de los menores, en este caso se ha utilizado el indicador antropométrico que es uno de los más utilizados y se construye teniendo en cuenta el peso, la talla, la edad y la combinación entre estos datos.

En la presente encuesta se ha tenido en cuenta el peso del niño en relación con su edad. En el cuadro siguiente se puede observar los hallazgos al respecto.

La desnutrición (moderada a grave) fue detectada en un 5 al 7%, en los estratos bajos de Bernardino Caballero y Candia, y en el estrato alto y bajo de Atyrá urbano, en un 9 al 3% respectivamente.

El riesgo de desnutrición o desnutrición leve (de 1 a 2 desvíos estándar) se observa en promedio en el 11% al 18 % de los niños encuestados, siendo menor en Atyrá urbano y mayor en Bernardino Caballero.

El sobrepeso varió del 6% al 12% de los niños menores de 5 años incluidos en la encuesta, y la obesidad se detectó en el 6% de los menores de 5 años encuestados en Atyrá urbano y Candia, y en un rango menor (4%), en los niños de Bernardino Caballero.

Cuadro 5.3.9

Distrito de Atyrá: Porcentaje de Niños menores de cinco años por estado nutricional según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Desnutrido	Riesgo de desnutrición	Normal	Sobrepeso	Obeso	Total
Atyrá	Urbana	Bajo	3,0	16,5	66,9	7,5	6,0	100
		Medio	0,0	12,5	68,1	15,0	4,4	100
		Alto	8,5	0,0	62,2	20,7	8,5	100
		Total	2,9	11,2	66,4	13,6	5,9	100
	Bernardino Caballero	Bajo	4,5	22,7	68,2	4,5	0,0	100
		Medio	0,0	12,5	75,0	0,0	12,5	100
		Alto	0,0	15,4	69,2	15,4	0,0	100
		Total	2,0	17,6	70,6	5,9	3,9	100
	Candia	Bajo	6,7	16,7	53,3	23,3	0,0	100
		Medio	0,0	17,9	71,4	7,1	3,6	100
		Alto	0,0	7,1	85,7	3,6	3,6	100
		Total	2,3	14,0	69,8	11,6	6,0	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

5-Incidencia de enfermedades de los niños

La enfermedad más frecuente en el menor de 5 años, en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta, fue el resfrío, variando desde 52% al 76 % el porcentaje de niños que habían sufrido esta dolencia en los últimos 90 días conforme a la referencia de sus madres. En segundo lugar, pero con menor frecuencia se presentaron problemas infecciosos de piel.

Es importante comentar que se trata de una pregunta con respuestas múltiples, ya que pueden coexistir dos enfermedades o más en un niño, la sumatoria puede no ser exactamente 100%.

Cuadro 5.3.10

Distrito de Atyrá: Porcentaje de niños menores de 5 años, que reportó haber tenido alguna enfermedad en las últimas cuatro semanas según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Enfermedades				
			Resfrío	Sarampión	Granos	Otro	No enfermó
Atyrá	Urbana	Bajo	67,4	0,0	6,7	1,5	33,3
		Medio	64,8	0,0	2,5	3,7	52,5
		Alto	70,3	0,0	0,0	0,0	29,7
		Total	67,0	0,0	3,4	2,1	40,5
	Bernardino Caballero	Bajo	87,0	0,0	13,0	4,3	0,0
		Medio	76,5	0,0	0,0	5,9	23,5
		Alto	53,8	7,7	0,0	0,0	38,5
		Total	75,5	1,9	5,7	3,8	17,0
	Candia	Bajo	51,7	0,0	0,0	0,0	48,3
		Medio	58,6	0,0	0,0	6,9	41,4
		Alto	45,5	0,0	0,0	3,0	51,5
		Total	51,6	0,0	0,0	3,3	47,3

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

La presencia de diarrea en los niños menores de cinco años es un problema que afecta en gran medida a los infantes del Paraguay como en otros países de Latinoamérica y además es considerada como uno de los factores más importantes del retardo en el crecimiento y de la desnutrición infantil, aunque en la mayoría de los casos su tratamiento es posible y a un costo bajo.

La proporción de menores de 5 años cuyas madres han declarado que sus niños han tenido diarrea en poco más de 14% en Urbano y entre 26 y 27% en B. Caballero y Candia respectivamente.

Cuadro 5.3.11

Distrito de Atyrá: Porcentaje de niños menores de 5 años que reportó haber tenido o no, diarrea en las últimas cuatro semanas de la entrevista según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Tuvo diarrea		Total
			Sí	No	
Atyrá	Urbana	Bajo	12,6	87,4	100
		Medio	17,9	82,1	100
		Alto	7,7	92,3	100
		Total	13,7	86,3	100
	Bernardino Caballero	Bajo	26,1	73,9	100
		Medio	41,2	58,8	100
		Alto	7,7	92,3	100
		Total	26,4	73,6	100
	Candia	Bajo	6,9	93,1	100
		Medio	41,4	58,6	100
		Alto	33,3	66,7	100
		Total	27,5	72,5	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

También se ha indagado sobre la presencia de enfermedades respiratorias agudas, moderadas o graves. Se ha preguntado si el menor de cinco años ha tenido tos (agitación, yucu á) en las últimas cuatro semanas, a fin de detectar casos de infecciones mencionadas

Las respuestas de las madres sobre si sus niños menores de 5 años tuvieron síntomas de una infección respiratoria: tos y/ o respiración rápida se presentan en el Cuadro 5.3.12.

Casi la mitad de los niños menores de 5 años de Atyrá urbano y Candia presentaron tos o agitación en las 4 semanas anteriores a la encuesta. En Bernardino Caballero el porcentaje llegó al 70%. Es importante recordar que la encuesta se realizó durante el invierno, cuando son mas frecuentes las enfermedades respiratorias.

Cuadro 5.3.12

Distrito de Atyrá: Porcentaje de niños menores de 5 años que reportó haber tenido tos y respiración rápida (agitación) en las últimas cuatro semanas de la entrevista según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato	Ha tenido tos		Total
			Sí	No	
Atyrá	Urbana	Bajo	43,7	56,3	100
		Medio	45,7	54,3	100
		Alto	53,8	46,2	100
		Total	46,9	53,1	100
	Bernardino Caballero	Bajo	87,0	13,0	100
		Medio	58,8	41,2	100
		Alto	53,8	46,2	100
		Total	69,8	30,2	100
	Candia	Bajo	44,8	55,2	100
		Medio	55,2	44,8	100
		Alto	42,4	57,6	100
		Total	47,3	52,7	100

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

D- Efecto de la enfermedad sobre la situación socioeconómica de la población

5. Tiempo que dejó sus actividades

Nadie desconoce que la presencia de enfermedad o accidente tiene sus implicancias sobre las actividades normales de la persona. En ese sentido, puede la enfermedad puede tener efectos sobre la situación laboral, social, económica, entre otros. Por tanto no se puede dejar de analizar cuál fue el tiempo que la persona ha estado obligada a dejar sus actividades por causa de su enfermedad o accidente.

Por ello se preguntó a los que habían estado enfermos o sufrido un accidente si habían tenido que dejar sus actividades normales por causa de su dolencia y cuantos habían sido los días perdidos, la encuesta revela que 33% de ellos no pudo desempeñar sus actividades habituales a causa de su enfermedad o accidente por 8 días en promedio.

Cuadro 5.3.13

Distrito de Atyrá: Número de días perdidos por la enfermedad o accidente más reciente* según estrato socioeconómico.

Distrito	Localidad	Estrato			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Atyrá	Urbana	9,5	8,1	5,7	8,1
	Bernardino Caballero	10,2	6,7	7,0	8,1
	Candia	10,2	8,3	6,9	8,4
	Total	9,8	8,0	6,3	8,2

* No incluye a las personas que no perdieron días por su enfermedad o accidente

Fuente: Encuesta de Hogares. 2002

