

Serie

manuales  CIRD  
Fundación

1

*Determinación e Implementación de Prioridades de Salud  
en el contexto del proceso de descentralización de los  
servicios básicos de salud en el Paraguay*

**Manual para la  
Definición de un  
Conjunto de  
Servicios de  
Salud Esenciales**

**2da. EDICION**

## **PROYECTO DE DESCENTRALIZACION DE SERVICIOS DE SALUD**

El Proyecto de Descentralización de Servicios de Salud es ejecutado por el Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD) y es patrocinado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

El Proyecto busca desarrollar capacidades en el nivel local (gobierno subnacional, sociedad civil organizada, establecimientos de salud) para que en forma participativa diseñen e implementen servicios y programas básicos de salud con énfasis en salud reproductiva; eficientes, equitativos y adecuados a la realidad local, que contribuyan a consolidar un sistema nacional de salud.

Las actividades del proyecto se desarrollan en 4 Departamentos del país; Itapúa, Central, Misiones y Boquerón, y al interior de éstos, en un determinado número de municipios seleccionados.

El CIRD es una Fundación que cuenta con varios programas y proyectos en ejecución, y tiene como estrategia en el sector salud, desarrollar iniciativas que buscan estructurar nuevas formas de organización y relacionamiento entre la sociedad civil, autoridades sanitarias y gobiernos subnacionales donde se generen incentivos para una mayor eficiencia y efectiva asignación de recursos que sea consistente con los objetivos sectoriales establecidos y donde el acceso equitativo de la población a los servicios básicos de salud sea una finalidad preeminente.

**El equipo técnico del Proyecto de Descentralización de Servicios de Salud, CIRD/USAID está compuesto por las siguientes personas:**

- **AGUSTÍN CARRIZOSA; Médico, MAE. Presidente Ejecutivo del CIRD.**
- **RUBÉN GAETE; MAE, Postgrado en Economía y Financiamiento de la Salud, UNAM, México. Coordinador del Proyecto.**
- **LIVIA SÁNCHEZ; Trabajo Social, Maestría en Gestión y Políticas, Universidad de Chile.**
- **SANDRA VILLALBA; Economista, Maestría en Economía con mención en Políticas Sociales, Ilades/Georgetown, Chile.**
- **MIRTHA MONGELÓS; Bioquímica, Diplomado en Gerencia de Servicios de Salud, CIESS, México.**
- **NORMA CRISTALDO; Trabajo Social, Maestría en Medicina Social, UNAM-Z México; Especialista en Evaluación Social, UNIANDES, Colombia.**
- **ESPERANZA MARTÍNEZ; Médico, especialista en Salud Pública, Univesidad de Lovaina, Bélgica.**
- **HORACIO SPINZI; Analista de Sistemas, Especialista en Sistemas de Información Geográficos y Paquetes Estadísticos.**
- **ENRIQUE FIGUEREDO; Asistente para la implementación de Sistemas de Información Gerencial.**

■

DETERMINACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PRIORIDADES DE SALUD EN EL CONTEXTO DEL  
PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD EN EL PARAGUAY:

---

---

# MANUAL PARA LA DEFINICIÓN DE UN CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES

## AUTORES:

---

Rubén Gaete  
Livia Sánchez  
Sandra Villalba

## COMPILACIÓN

---

Elizabeth Barrios

■



Agencia de los Estados Unidos  
para el Desarrollo Internacional



---

Este material puede ser reproducido total o parcialmente,  
citando la fuente de información.

CENTRO DE INFORMACION Y RECURSOS PARA EL  
DESARROLLO (CIRD)

Mcal. López 2029 e/Acá Carayá

Telfax.: 207 373 / 226 071 / 212 540 / 214 671 / 214 672

e-mail:cird@cird.org.py

WWW. cird.org.py

Diseño de tapa: María Teresa Sirvent

Diagramación: Patrocinio Rubira Aquino

Impresión:

Serigraf 0971 911 097

2da. Edición

Febrero de 2002

# AGRADECIMIENTOS

Este material ha sido posible gracias a la experiencia de trabajo realizado en nuestro país, con la asistencia técnica brindada por Ricardo Bitrán y Cecilia Má, ambos consultores de la oficina Bitrán y Asociados de Santiago de Chile. Para ellos nuestros profundos agradecimientos.

La activa y entusiasta participación de los representantes de la comunidad, en especial de las autoridades municipales y sanitarias en la definición del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE) ha demostrado ser en San Miguel un proceso más que eficiente para afianzar el compromiso de buscar mejorar la salud conjuntamente, lo que constituye una prueba más de la transparencia de la gestión tanto del gobierno municipal como del Centro de Salud, así como de las organizaciones de la sociedad civil. No se puede dejar de mencionar y agradecer al:

- Prof. Martín Jacquet: Intendente Municipal, quien con su transparencia y esfuerzo facilitó la elaboración de este trabajo.
- Dra. Carmen Zorrilla de Ramírez: Directora del Centro de Salud, quien con su dedicación y entusiasmo participó en todo el proceso de la determinación del CSSE.
- Prof. José Efrén González: Director de la Escuela Nro. 132, concejal municipal y miembro del Consejo Local de Salud (CLS), quien facilitó y apoyó activamente el proceso del CSSE y a cada uno de los destacados docentes de ésta institución.
- Lic. Aida Jacquet de Meza: Estadígrafa del Centro de Salud, y cada uno de los funcionarios del Centro y Puestos de Salud.
- Kerri Shaw, voluntaria del Cuerpo de Paz.
- Dr. Francisco Ozuna, Director de la Octava Región Sanitaria y el Lic. Miguel A. López, Administrador de la Región Sanitaria.
- Miembros del C.L.S.
- Comunidad de San Miguel.

Sin duda, se ha puesto en evidencia de que es posible desarrollar y planificar acciones en salud con el apoyo y compromiso de los representantes y autoridades locales en beneficio de toda la comunidad.

# PREFACIO

El **Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD)**, como lo define su misión, busca contribuir al logro de un nivel de participación eficiente en la resolución de problemas sociales y económicos del país promoviendo cambios y reformas a través de una acción efectiva y oportuna; mediante la combinación de tres elementos: información segura, recursos humanos especializados y una capacidad de gestión ágil y confiable.

En esta dirección, la estrategia del CIRD en los sectores sociales como salud, es desarrollar iniciativas que buscan estructurar nuevas formas de organización y relacionamiento de la sociedad civil, autoridades sanitarias y gobiernos subnacionales donde se generen incentivos para una mayor eficiencia y efectiva asignación de recursos, que sea consistente con los objetivos sectoriales establecidos y donde el acceso equitativo de la población a los servicios de salud sea una finalidad preeminente.

Para llevar adelante este enfoque, entre otras líneas de acción, el CIRD ha venido participando en el proceso de reforma sanitaria del país, y en especial en el proceso de descentralización de los servicios básicos de salud, fundamentalmente a través del Proyecto de Descentralización de Salud que cuenta con los auspicios de la **Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)**, buscando fortalecer las capacidades locales para proveer servicios de salud.

Desde hace unos años, el país ha venido realizando esfuerzos por descentralizar los servicios básicos de salud, el cual como todo nuevo proceso conoce de marchas y contramarchas. Un aspecto importante del planteamiento de descentralización delineado a partir de la Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud, es la participación comunitaria e intersectorial, para lo cual dicha ley crea instancias formales, como son los Consejos de Salud, los cuales se estructuran en 3 niveles, Nacional, Departamental y Local.

En el marco de su proyecto de descentralización de salud, el CIRD ha venido trabajando en varios Departamentos y Municipios del país desarrollando distintas metodologías y herramientas para el diagnóstico local, formulación de planes de salud, desarrollo de sistemas de información gerencial y de medición del desempeño, mecanismos de participación comunitaria, entre otros.

En ese sentido, una de las metodologías y herramientas desarrolladas se orientó a la definición de prioridades sanitarias que se traduce en un conjunto de servicios y actividades de salud seleccionadas participativamente, considerando el perfil epidemiológico, las necesidades de salud local, y los recursos efectivamente disponibles. Este proceso es lo que se conoce como *conjunto de servicios de salud esenciales* (CSSE), Canastas o Paquetes Básicos de Salud.

En el diseño de un *conjunto de servicios de salud esenciales* (CSSE) se deben incorporar de manera explícita las opiniones de las personas/comunidad (representadas en el Consejo Local de Salud en el caso paraguayo), las que al final serán las principales beneficiarias. Se estima que un CSSE que considere de manera activa las opiniones de la comunidad, contará con un mayor apoyo social para su adopción, que uno diseñado solo desde el punto de vista médico y técnico.

Durante el año 2000, se ha apoyado al Consejo Local de Salud, al Gobierno Municipal y al Centro de Salud de San Miguel del Departamento de Misiones, en el desarrollo de todo el proceso metodológico para la definición de un Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE), que traduce los lineamientos programáticos que en materia sanitaria son establecidas por el MSPyBS, y por otro lado, recoge las inquietudes y opiniones de los usuarios respecto de sus necesidades de salud, integrando de esta manera dos aspectos fundamentales para el desarrollo de sistemas de salud locales.

Todo el esfuerzo realizado está plasmado en esta publicación, que precisamente espera ser una contribución al proceso de fortalecimiento de las capacidades locales para proveer servicios de salud en el marco del proceso de descentralización sanitaria, brindando una herramienta concreta y probada en el contexto paraguayo para la priorización de servicios de salud, que posibilite utilizar los recursos de forma más equitativa, eficiente y efectiva con mayor dosis de participación social para posibilitar el acceso de toda la población a los servicios y actividades de salud definidas.

De esta forma el CIRD busca contribuir al proceso de descentralización del sector salud en Paraguay fortaleciendo las capacidades técnicas del nivel local.

Agustín Carrizosa

# INDICE

AGRADECIMIENTOS .....	III
PREFACIO .....	V
INDICE .....	VII
INTRODUCCIÓN .....	1
<b>I. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>3</b>
A. REDISEÑO DEL ESTADO: CONCENTRACIÓN DEL GOBIERNO CENTRAL VS. DESCENTRALIZACIÓN DE LA ACCIÓN DEL ESTADO .....	3
A. 1. GENERALIDADES ACERCA DE LA DESCENTRALIZACIÓN .....	4
A.1.1. Obstáculos y Ventajas de la Descentralización .....	4
A. 2. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DESCENTRALIZACIÓN .....	7
B. SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN PARAGUAY .....	8
B. 1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....	8
B.1.1. Objetivos según la Ley del Sistema Nacional de Salud .....	9
B. 2. CONTEXTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD BÁSICA .....	9
B.2.1. Logros y obstáculos en el Proceso de Descentralización en Paraguay .....	11
B. 3. EXPERIENCIA DE DESCENTRALIZACIÓN EN OTROS PAÍSES .....	13
B.3.1. Brasil: Sistema Local de Salud en el Municipio de Camaragibe .....	
B.3.2. Perú: Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de la Salud (CLAS) .....	
C. CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES (CSSE) .....	17
C. 1. CONCEPTO .....	17
C. 2. TIPOS DE CSSE .....	18
C. 3. CARACTERÍSTICAS DEL CSSE .....	19
C. 4. CONTENIDO .....	19
C. 5. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DE UN CSSE .....	20
C. 6. METODOLOGÍA PARA ELABORAR EL CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES (CSSE) .....	21
C. 6.1. Metodología participativa .....	21
C. 6.2. Lineamientos generales para la construcción de un CSSE .....	21
C. 6.3. Desarrollo de los pasos .....	22
C. 6.4. Marco teórico de alternativas de financiamiento y pagos teniendo en cuenta criterios de eficiencia y equidad .....	30
C. 7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE POBLACIONES BENEFICIARIAS .....	32

<b>II. ESTUDIO DE CASO:</b> .....	<b>33</b>
San Miguel -Misiones	
<b>A. CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES: LA EXPERIENCIA DE SAN MIGUEL - MISIONES</b> .....	<b>33</b>
<b>A.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DISTRITO DE SAN MIGUEL</b> .....	<b>33</b>
A.1.1.    Referencias geográficas de San Miguel .....	33
<b>B. ELABORACIÓN DEL CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES</b> .....	<b>33</b>
<b>B.1. PRIMERA ETAPA: DIAGNÓSTICO</b> .....	<b>35</b>
B.1.1.    Esbozo del Modelo de atención y diagnóstico de salud .....	35
B.1.2.    Actores para la elaboración CSSE .....	37
B.1.3.    Situación socioeconómica y demográfica del distrito de San Miguel .....	38
B.1.4.    Situación de la Oferta de Salud .....	41
B.1.5.    Utilización de servicios de salud .....	43
<b>B.2. SEGUNDA ETAPA: DEFINICIÓN DEL CONTENIDO DEL CSSE</b> .....	<b>46</b>
<b>B.3. TERCERA ETAPA: COSTEO DE LAS ACTIVIDADES PROTOCOLIZADAS</b> .....	<b>50</b>
B.3.1.    Recolección de datos .....	51
<b>B.4. CUARTA ETAPA: FINANCIAMIENTO DEL CSSE</b> .....	<b>51</b>
B.4.1.    Fuentes de financiamiento: Construcción de distintos escenarios .....	51
B.4.2.    Implicancias de la Inversión en Salud .....	52
B.4.3.    Situación de San Miguel .....	53
B.4.4.    Formas de Financiamiento actual de los CSSE .....	54
B.4.5.    Opciones de Financiamiento: Organismos de financiamiento .....	55
 <b>III. CONSIDERACIONES FINALES</b> .....	 <b>57</b>
 <b>ANEXOS</b> .....	 <b>59</b>
 <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	 <b>69</b>

# INTRODUCCIÓN

Los recursos asignados al sector salud en general, son insuficientes para brindar servicios de salud a todos los que necesitan, es por ello que se requiere dirigir los recursos hacia aquellas personas o grupo de personas con mayores necesidades de salud. Las prioridades en salud deben establecerse para contribuir a reducir el daño producido por las enfermedades y para que los recursos disponibles se utilicen en forma tal que produzcan los mayores beneficios posibles a la población en general.

Priorizar no significa necesariamente limitar la atención de salud, sino que significa cambiar el énfasis de las atenciones, creando e incrementando ciertos servicios de salud y reduciendo el alcance de otros. La priorización permite cambiar el énfasis de la discusión en salud hacia las acciones de salud y su grado de efectividad relativa.

La metodología de priorización en el caso de salud se ha orientado últimamente a la definición de un *conjunto de servicios de salud esenciales* (Paquetes o Canastas Básicas de Salud), es decir un conjunto mínimo de prestaciones que se considera conveniente brindar a toda la población, que son posibles de realizar con la tecnología médica disponible, siendo importante que desde el proceso mismo de su definición se dé participación a la comunidad, autoridades y demás afectados (*stakeholders*).

El objetivo de la definición de los Paquetes Básicos es mejorar y propiciar el acceso de todas las personas o grupos a los servicios de salud considerados prioritarios para la comunidad, región o país (equidad); y por otro lado ofertar o brindar los servicios de salud al menor costo posible (eficiencia), que logren los mejores resultados (efectividad).

El Paraguay está en un proceso incipiente de descentralización de la atención básica de salud, gracias al cual la comunidad

organizada y autoridades locales, a través de los Consejos Locales de Salud (CLS), están participando en la orientación y gestión de los servicios básicos de salud.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ha venido apoyando técnicamente el proceso de descentralización de salud del Paraguay desde hace varios años a través de distintos programas y proyectos.

Parte de ese apoyo técnico, USAID lo brinda a través del Centro de Información y Recursos para el Desarrollo (CIRD), que ha venido trabajando principalmente con los niveles subnacionales de gobierno (Gobernaciones, Municipios), comunidad organizada (Consejos Locales de Salud), y establecimientos públicos de salud, brindándoles asistencia técnica para incrementar la capacidad local de proveer servicios básicos de salud; lo cual incluye formulación de planes; técnicas de monitoreo y evaluación del cumplimiento del plan local; sistemas de medición del desempeño y de información gerencial; y mecanismos de participación comunitaria.

Se considera que una contribución importante al fortalecimiento de la capacidad local para proveer servicios de salud es la utilización de la metodología de definición del *conjunto de servicios de salud esenciales* como una forma de concretar los planes de salud (programas y actividades correspondientes), de tal manera que a partir de la definición e implementación de un conjunto de actividades en función al perfil epidemiológico, las necesidades de salud local, y considerando los recursos efectivamente disponibles; se posibilite el acceso de toda la población a los servicios y actividades de salud contenidos en el conjunto de servicios definidos, como ser planificación familiar, inmunizaciones, promoción de la salud, control del embarazo, etc.; a fin de lograr mejores resultados en la oferta de los servicios de salud con el menor costo posible.

En ese sentido, el CIRD con el asesoramiento y apoyo de Bitrán y Asociados (Chile), orientó parte de la asistencia técnica durante el año 2000 a la aplicación de una metodología que conduzca a la definición de un Conjunto de Servicios de Salud Esenciales en un municipio de características rurales, cuyos aspectos metodológicos y aplicación concreta se presenta en este material.

El presente trabajo consta de 2 partes principales: En la primera se describe los aspectos conceptuales y metodológicos para la determinación de prioridades en salud a través de la definición del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE); y la segunda se refiere a la experiencia del Municipio de San Miguel del Departamento de Misiones en la determinación de un CSSE.

En efecto, con este material se cumple con dos propósitos, por un lado explicitar y detallar una propuesta metodológica para la determinación de un CSSE, y por otro presentar la experiencia concreta referida al municipio de San Miguel en el Departamento de Misiones, el cual es susceptible de ser replicado en otros municipios del Paraguay que deseen desarrollar estrategias equitativas, eficientes y efectivas para mejorar la salud de su población.

# I. MARCO CONCEPTUAL

---

## A. REDISEÑO DEL ESTADO: CONCENTRACIÓN DEL GOBIERNO CENTRAL VS. DESCENTRALIZACIÓN DE LA ACCIÓN DEL ESTADO

---

Las realidades y necesidades actuales suponen un desafío, y se necesitan nuevas propuestas en todos los campos, dentro de ese contexto se plantea el rediseño del Estado frente a los nuevos problemas y demandas<sup>1</sup>. Para poder llevar adelante los nuevos papeles del Estado y el modelo renovado de interrelación Estado-sociedad civil se hace necesario, tal como proponen D. Osborne y T. Gaebler en su obra, *Reinventar el Gobierno*.

En los lineamientos institucionales y gerenciales básicos del Estado rediseñado, deberían hallarse los aspectos tales como: "Concentración del gobierno central en la realización de un proceso eficiente de formulación, monitoreo, evaluación y retroalimentación de las políticas públicas".

Otro aspecto del Estado rediseñado es la descentralización de su acción. El avance hacia una descentralización creciente de la gestión estatal, proceso generalizado a nivel internacional, tiene múltiples implicancias en términos de democratización y participación, así como la eficiencia gerencial.

Las gobernaciones y los municipios pueden estar en mejores condiciones que el aparato central para ajustar la administración de ciertos servicios a las necesidades reales de los ciudadanos y realizar una más efectiva utilización de los recursos.

---

1 Kliksberg, B. El Rediseño del Estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio. Una Agenda Estratégica para la Discusión. 1994

## A. 1. GENERALIDADES ACERCA DE LA DESCENTRALIZACIÓN

El proceso de descentralización se refiere a la transferencia de poder, competencias y recursos a instancias y entidades periféricas del Estado, para acercar las decisiones y las acciones al contexto de los problemas y posibilitar la participación y el control social.

La descentralización surge como alternativa natural a los modelos vigentes de política fiscal caracterizados por los diferentes grados de centralismo, generando el exceso de burocracia, la verticalidad de las decisiones y la estandarización de los programas y contenidos de la labor gubernamental. El modelo centralista ha mostrado síntomas de agotamiento y ha perdido progresivamente la eficacia<sup>2</sup> en la consecución de los objetivos finales de la intervención pública.

Por tanto, varias son las razones que avalan un proceso de descentralización, como la vinculación más cercana entre quienes se benefician de la política pública y quienes toman las decisiones políticas, y esto hace que la opinión de los primeros esté mejor representada en el diseño e implementación de los programas. Las necesidades heterogéneas de la población nacional se cubren más adecuadamente con un esquema descentralizado que dé cabida a la diversidad en la acción pública. (Aedo, Larrañaga, 1994).

No obstante, es importante señalar que existen economías de escala que es necesario considerar en la división de las tareas entre las instancias centrales y locales.

### A.1.1. Obstáculos y Ventajas de la Descentralización

Un aspecto que ha obstaculizado las experiencias concretas de descentralización ha sido la falta de capacidades técnica, organizativa, etc., en el nivel local. Por otro lado, la multiplicidad de decisiones de gasto e ingreso locales puede ser inconsistente con la política macroeconómica.

El éxito de la descentralización está en parte relacionado con el mejoramiento que se espera en los servicios sociales, especialmente en la salud y la educación.

El proceso de traspaso de responsabilidades a instancias locales, se realiza por las ganancias potenciales que se originan en el campo de la eficiencia económica, a través de las siguientes posibilidades:

- Las preferencias de cada comunidad no son iguales, la descentralización permite una atención diferenciada de las mismas.
- El acercamiento entre el oferente del servicio público y los demandantes directos origina una efectiva rendición de cuentas (accountability).
- Incentiva la competencia entre los gobiernos locales en la provisión de los servicios públicos.
- Es funcional a la participación ciudadana y a la consolidación de la democracia.

---

2. Por eficacia se entiende el grado de cumplimiento de los objetivos y metas.

A juzgar por estos aspectos, la descentralización es un instrumento potencial que puede incrementar el bienestar de las comunidades. Por otro lado, en términos económicos se plantean varias preguntas ¿cómo asegurar una asignación eficiente de los recursos nacionales?, ¿cuál debería ser la estructura del Estado para cumplir con sus funciones económicas?

Hay un mínimo consenso entre los economistas acerca de cuáles son las responsabilidades de un Estado: la estabilización económica, la redistribución del ingreso, la corrección de las fallas del mercado y la asignación de recursos y provisión de bienes y servicios. Las tres primeras quedan, por lo general, a nivel del gobierno central; mientras que la cuarta es la que se ha estado descentralizando<sup>3</sup>.

Además, es pertinente preguntarse ahora qué y por qué descentralizar? El sector público actúa dentro de un sistema mixto, es decir, coexiste con el sector privado. Musgrave clasifica las funciones del gobierno en: función de asignación, función de distribución y finalmente la de estabilización.

Entonces cabe preguntar ¿cuáles de estas funciones deben ser realizadas en el nivel central y cuáles a nivel local?

La **función de asignación** consiste en la provisión de bienes sociales. El ajuste de la distribución de la renta y de la riqueza para asegurar su adecuación a lo que la sociedad considera como justo o equitativo, se refiere a la **función de distribución**. Mientras, que la **función de estabilización** tiene como objetivos mantener un alto empleo, una estabilidad de precios, una tasa apropiada de crecimiento económico, etc.

La función de asignación recae sobre el rol de los gobiernos locales<sup>4</sup>, no así las funciones de estabilización y la distribución que deben ser cumplidas fundamentalmente por los gobiernos centrales, obviamente con la cooperación de los gobiernos locales. Por ejemplo, los bienes públicos nacionales, como la defensa nacional, deben ser provistos por el gobierno central, mientras que los bienes públicos locales deben ser suministrados por la instancia local (limpieza de la ciudad, construcción de plazas, etc.).

El teorema de descentralización de Wallace Oates establece que cada servicio público debe ser provisto por la jurisdicción que cubra la menor área geográfica, sujeto a que internalice los beneficios y costos de tal provisión.

---

3. El papel del gobierno central en mejorar el nivel del empleo, aumentar la producción, estabilizar los precios, etc., no se pone en duda; sin embargo, hay autores como Prud'homme (1994) quien ve en la descentralización la posibilidad de pérdida de capacidad para estabilizar una economía ante la disminución de los impuestos y gastos en el nivel central. Por otro lado, el principal argumento a favor de no descentralizar la redistribución del ingreso es su consideración como un «bien público nacional» de manera de reflejar el interés de la mayoría de las localidades y habitantes de un país.

4. Parodi T, C., Economía de las Políticas Sociales. 1997

En cuanto a las ventajas de la descentralización se identifican las siguientes: mejor comprensión de los problemas, control más efectivo del uso de los fondos durante la ejecución y gestión de proyectos, y mejor rendición de cuentas. Además, se dispone de mayor capacidad para involucrar a las comunidades y movilizar sus recursos. La descentralización tiene por consiguiente implicancias financieras importantes. El grado y la forma en que se transfieran los recursos, así como el poder para la toma de decisiones dan lugar a diferentes formas de descentralización.

El apoyo que se le ha dado a la descentralización en los países, refleja los consensos que existen sobre su rol para fortalecer la democracia, superar los desbalances económicos y territoriales y para mejorar la provisión de servicios. Pero la forma en que se realiza el proceso responde a las políticas, condiciones y prioridades nacionales específicas de cada país.

Por otro lado, para que la Descentralización alcance sus objetivos propuestos deben ser considerados algunos **principios básicos** tales como:

- **Equidad:** Se refiere a la acción de priorizar a los más carenciados para lograr la igualdad de oportunidades. Es la opción de reducir la inequidad existente entre acceso - resultado. Este principio ayuda a establecer una oferta adecuada de servicios teniendo en cuenta las necesidades de la población afectada.
- **Eficiencia:** Es la opción que ofrece la mejor relación costos - resultados. Mide el costo asociado con el cumplimiento de los objetivos (menor costo o mejor uso de recursos). La eficiencia evita el derroche, el desaprovechamiento o uso no prioritario de los recursos que disminuyen la equidad social. De aquí la necesidad de minimizar costos y maximizar la productividad.
- **Universalidad:** Es un principio ético básico que está vinculado con la solidaridad que postula la garantía del acceso de las personas a los servicios sociales, sin ninguna discriminación. Con la aplicación de este principio debe buscarse la ampliación al 100% de la cobertura asistencial de la población.
- **Control social:** La rendición de cuentas (*accountability*) es un mecanismo del que disponen los ciudadanos en general para auditar los procesos, pedir cuentas a los responsables de la ejecución de los mismos, para de esa forma permitir mayor transparencia al proceso y fortalecer la participación social y ciudadana.
- **Participación:** La participación es un proceso que permite que las personas y las organizaciones determinen una situación y tomen decisiones. Es una herramienta para adquirir derechos en la sociedad. La participación social se refiere a los procedimientos para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión, y evaluación de los sistemas y servicios de salud, y se beneficien de los resultados de dicha influencia<sup>5</sup>.

Además, la participación es un mecanismo o un medio que permite captar los verdaderos requerimientos de la población, hecho que conduce a la focalización. Más específicamente contribuye a la priorización de los servicios sociales a ser proveídos por el Estado.

<sup>5</sup> Metodología para la Evaluación de las Reformas del Sector Salud, 12/98, OPS.

<sup>6</sup> Conclusión del primer seminario de la reunión anual de BID. 14/03/98, Cartagena. [www.iadb.org](http://www.iadb.org).

La participación ciudadana, debidamente canalizada, genera ahorros, moviliza recursos humanos y financieros adicionales, promueve la equidad y contribuye de manera decisiva al proceso de fortalecimiento de la ciudadanía y, por tanto, del sistema democrático<sup>6</sup>.

## A. 2. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DESCENTRALIZACIÓN

El hecho de conceder a los distintos niveles territoriales grados de autonomía para que puedan administrar los recursos disponibles para el desarrollo constituye un medio, para lograr mayor eficiencia y equidad en la prestación de servicios y en cuanto al fin, es un derecho de auto-gobierno democrático. En ese sentido, para lograr el éxito deseado de la descentralización existen factores que deben ser tenidos en cuenta, entre los cuales podemos mencionar a la participación ciudadana, que puede definirse como “un proceso a través del cual las personas y organizaciones involucradas asumen las decisiones y el manejo de los recursos relacionados a su propio desarrollo” (Banco Mundial, 1996)<sup>7</sup>.

«La participación ciudadana, junto a la educación, constituyen el camino para la generación de cambios profundos en nuestras sociedades al convertirse en un factor poderoso para el fortalecimiento del capital humano, la creación de capital social y la generación de una nueva cultura auténticamente democrática y solidaria» (Andrés Caldera Pietri)<sup>8</sup>.

Por otro lado, la participación y el desarrollo del capital social son esenciales para poder cambiar las condiciones de vida de la población<sup>9</sup>. En este sentido, el Capital social ha emergido en los últimos años como herramienta para analizar y explicar las condiciones y el contexto de desarrollo desde distintas perspectivas. El mismo se refiere a las características de las organizaciones tales como la confianza, las normas y redes que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad mediante la facilitación de las acciones coordinadas (Robert Putnam, 1994).

Dependiendo del nivel de capital social existente en una comunidad se favorecerá o no la participación ciudadana que junto con la interacción de las estrategias de desarrollo de capacidades locales contribuirá a la formación y al fortalecimiento de una comunidad más participativa y una sociedad democrática<sup>10</sup>.

Finalmente, la participación, la apropiación local, el empoderamiento, el desarrollo de capacidades humanas e institucionales ayudan a alcanzar la sostenibilidad de los proyectos y programas.

---

7 Beaulieu, R. Capital Social y Participación en Paraguay. “Pobreza y Gestión Social en Paraguay” INDES 2000

8 Conclusión del primer seminario de la reunión anual de BID. 14/03/98, Cartagena. [www.iadb.org](http://www.iadb.org).

9 Idem.

10 Beaulieu, R. Capital Social y Participación en Paraguay. “Pobreza y Gestión Social en Paraguay” INDES 2000

---

## B. SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN PARAGUAY

---

### B. 1. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La reforma del estado en el ámbito sanitario busca que el gobierno asuma un rol rector, reordenando los subsectores, organizando y coordinando todas las acciones de los organismos y servicios del sector salud.

De acuerdo al planteamiento de la Ley 1032/96 "Que crea el Sistema Nacional de Salud", el sistema se encuentra estructurado de la siguiente forma:

- El Consejo Nacional de Salud, que es un organismo de coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de la salud. Éste consejo, cuenta con una mesa directiva integrada por un presidente, un vice-presidente y tres vocales. La presidencia es ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social.
- Los Consejos Regionales de salud, conformados por representantes de las diferentes organizaciones del sector, también cuenta con una mesa directiva integrada por un presidente, un vice-presidente y tres vocales. La presidencia es ejercida por el secretario de salud de la Gobernación.
- Los Consejos Locales de Salud, conformado por representantes de las diferentes organizaciones del sector, cuenta con una mesa directiva integrada por un presidente, un vice-presidente y tres miembros. La presidencia es ejercida por la Dirección de Higiene y Salubridad de la Municipalidad.

Además las tres instancias anteriores poseen un comité ejecutivo, cuyas funciones son la de conducir, orientar, implementar, monitorear y evaluar el Plan Nacional de Salud y su presupuesto.

Los Consejos Locales de Salud se encuentran operando en casi todo el territorio nacional, mientras que los Consejos Regionales y Nacional no tienen una continuidad en sus acciones. Cabe destacar que el Consejo Nacional de Salud debe ser convocado por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social. Hasta la fecha (Diciembre, 2000) el ministro de turno ha realizado escasa acción en el marco del nuevo Sistema Nacional de Salud.

El sistema está integrado por tres Direcciones Ejecutivas y son:

- La Dirección Médica Nacional, es el organismo técnico de normatización y gerenciamiento del sistema de servicios.
- El Fondo Nacional de Salud, será el órgano encargado de desarrollar la política de financiamiento, la organización y la administración del seguro médico nacional.
- La Superintendencia de Salud, que tiene a su cargo la acreditación y el control de la calidad de los servicios ofrecidos en el sistema.

De éstas tres Direcciones, las que de alguna manera están funcionando son la Dirección Médica Nacional y la Superintendencia de Salud, aunque todavía no desarrollan plenamente sus funciones.

### B.1.1. Objetivos según la Ley del Sistema Nacional de Salud

Los objetivos implícitos de la descentralización de los servicios de salud, como se enuncia en la Ley del Sistema Nacional de Salud No. 1032/96, son:

- Mejorar la eficiencia y calidad de la prestación de servicios,
- Mejorar la equidad en la prestación de servicios, y
- Promover la participación de la comunidad en las distintas áreas relacionadas con la salud (planificación y control de servicios).

Se espera que la descentralización de los servicios de salud produzca resultados positivos al nivel en que se brindan los servicios de salud básicos (establecimientos de salud), en las poblaciones y en los usuarios de los servicios públicos de salud.

## B. 2. CONTEXTO DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

En las últimas décadas ha habido una tendencia hacia la descentralización de servicios de salud en países en vías de desarrollo. La descentralización implica la transferencia de poder, competencias y recursos a instancias y entidades periféricas del Estado para acercar las decisiones y las acciones al contexto de los problemas y posibilitar la participación y el control social.

A partir de los cambios políticos de 1989 se inició en nuestro país un verdadero proceso de transformaciones políticas e institucionales, las cuales han llevado a valorar la importancia estratégica de impulsar una reforma profunda del estado, a fin de consolidar la democracia, lograr un mayor desarrollo económico, con equidad social, y que permita al país a afrontar los nuevos desafíos<sup>11</sup>. En ese sentido<sup>12</sup>, la reforma del sector salud en Paraguay forma parte de un proceso más amplio de democratización y fortalecimiento de los gobiernos locales. Un eje importante de este proceso es la descentralización de los servicios de salud básicos prestados por el sector público.

Desde inicios de los años 90 existe un esfuerzo por descentralizar la gestión de los servicios de salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS). Este esfuerzo por descentralizar comenzó con la transferencia de ciertas atribuciones hacia niveles inferiores dentro de la estructura del MSP y BS, es decir desde el nivel central de este ministerio principalmente hacia sus Regiones Sanitarias. Éste proceso se denomina desconcentración, que consiste en la transferencia de algún grado de autoridad o responsabilidad hacia niveles más bajos dentro del gobierno central, siendo éste quien detenta la responsabilidad final. Las áreas desconcentradas fueron la elaboración y ejecución del presupuesto general de gastos, y parte de la selección de personas a ser contratadas por el Ministerio.

---

11 Carrizosa, Agustín y Barreto, César. "Proceso de descentralización del sector salud en el Paraguay: Logros y Obstáculos. Algunos Criterios". Ceppro, serie de enfoque, publicación Nro. 14. Abril, 1998.

12 Descentralización del Sector Salud en el Paraguay. *Measure Evaluation Project* UNC/USAID. Año 2000

El segundo momento del proceso, marcada por la progresiva adopción de un modelo descentralizado, se inició en 1995 y se fortaleció al año siguiente con la promulgación de la Ley 1032/96, que creó el Sistema Nacional de Salud. Esta ley establece ciertos órganos basándose en funciones. Así el poder del MSP y BS se fracciona en varias direcciones ejecutivas que dependen de un Consejo Nacional de Salud. Las funciones financiera y normativa estarán dadas por el Fondo Nacional de Salud y la Dirección Médica Nacional, respectivamente. Finalmente la función contralora pasa a ser ejercida por la Superintendencia de Salud.

Además se introdujo en esta ley la descentralización administrativa de los servicios, la participación de las autoridades locales y la comunidad en la gestión de los servicios a través de los Consejos de Salud. Estos consejos como se describió anteriormente se organizan en tres niveles; local, regional y nacional; por otro lado la ley estimula la coordinación, la búsqueda de consensos y la firma de convenios, contratos y/o acuerdos entre las partes interesadas.

En 1998, por medio del Decreto 19966/98 se reglamentó la ley 1032/96 en lo referente a la descentralización. Este Decreto reglamentó la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategia para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y originó un proceso parcial de descentralización; pues el decreto posibilitó la transferencia temporal de los servicios básicos de salud del MSPyBS a los municipios. La transferencia se instrumentalizó mediante la firma de un acuerdo entre el MSPy BS y el municipio que lo solicita.

En esa fase de descentralización, el gobierno central (MSP y BS) transfirió a los municipios cierta responsabilidad de administrar, supervisar y controlar los establecimientos públicos que prestan servicios básicos de salud. Los establecimientos sometidos a descentralización mencionados en la reglamentación son los hospitales distritales, los centros de salud y los puestos de salud. El gobierno municipal, a su vez, delega la responsabilidad de administrar los establecimientos al Consejo Local de Salud. Conjuntamente, los representantes del gobierno municipal y el Consejo Local de Salud (del cual forma parte el gobierno municipal) preparan y ponen en práctica un Plan Local de Salud, controlan la ejecución del presupuesto, y supervisan los establecimientos de salud.

La puesta en práctica del Plan Local de Salud se financia con recursos provenientes de distintas fuentes, entre las cuales se encuentran fondos del gobierno central, contribuciones del municipio e ingresos del establecimiento (por. ej., pagos del usuario). El municipio debe contribuir con el 5% de su presupuesto para implementar el Plan Local de Salud, y los ingresos de la institución se deben utilizar localmente según las instancias administrativas convenidas.

Aunque la firma del acuerdo es un hito importante en el proceso de descentralización, se deben completar algunos pasos antes de que se produzca una efectiva transferencia de la responsabilidad de administración. Para asumir su nuevo papel, el municipio debe por ejemplo establecer el Consejo Local de Salud, elaborar el Plan Local, crear los mecanis-

mos apropiados y emitir las normativas adecuadas para el manejo de recursos locales, etc. y así poder asumir las nuevas funciones.

Durante 1998, de los aproximadamente 225 municipios existentes en todo el país, se suscribieron 23 convenios de compromiso para la descentralización en salud (17 municipios del departamento central, 2 en el departamento de Cordillera y 4 en el departamento de Itapúa). En 1999 sólo se renovaron 17 convenios de los 23 municipios, que fenecieron el 31 de diciembre de ese mismo año. A partir del año 2000 no se renovó ni firmó nuevos convenios de esta naturaleza. Puesto que la descentralización es nueva y sin precedentes en Paraguay, el tiempo entre la firma del acuerdo y el cambio real de régimen administrativo a nivel del establecimiento ha variado desde unas pocas semanas hasta varios meses, siendo que en gran número de ellos esto no ha ocurrido.

En el año 1998, en 10 de los 23 municipios que habían firmado los acuerdos de compromisos para la descentralización, todos del Departamento Central, se logró realizar cambios en el régimen de administración; que básicamente consistieron en que los Consejos Locales de Salud y Gobierno Municipal administren los recursos provenientes del cobro de aranceles. Estos recursos fueron usados para la compra de insumos médicos, contratación e incremento temporal de remuneraciones de personal, mejoras en la infraestructura física de los establecimientos y mantenimiento de equipos.

En 1999, los nuevos convenios obligaron al depósito del total del monto recaudado por el cobro de aranceles en una cuenta del MSPyBS, transfiriéndose los fondos al Ministerio de Hacienda, para su posterior devolución a los municipios, concejos locales y establecimientos de salud.

Por otro lado, no se ha logrado desarrollar mecanismos efectivos para lograr el aporte municipal. Debido a que no hay una definición de "gasto en salud", así, algunos municipios consideran el presupuesto destinado a la recolección de la basura como aporte a la salud y otorgan escasos fondos para los servicios de salud transferidos. Estos dos problemas de financiamiento limitan considerablemente a el proceso de descentralización y la posibilidad de mejora de los servicios de salud descentralizados.

A pesar de que el proceso de descentralización de salud no avanza como debiera y en cierta manera parece retroceder (Ej: a fines del 2000 no se tiene firmado ninguna renovación de acuerdos de transferencia a los municipios); algunos Consejos Locales de Salud continúan funcionando, coordinando y ejecutando su planes de trabajo, conjuntamente con los establecimientos de salud y los gobiernos municipales y departamentales.

### B.2.1. Logros y obstáculos en el Proceso de Descentralización en Paraguay

El inicio de la vigencia de los convenios en el año 1998 originó la experiencia de una descentralización parcial de la gestión de los establecimientos de salud por parte de los Consejos Locales de Salud (CLS). Los requisitos de la vigencia del acuerdo de gestión fueron la obligación de elaborar un plan local de salud con la participación de la población

beneficiaria, la contratación de un administrador para el establecimiento de salud por el CLS, y la gestión del monto recaudado en concepto de aranceles (cobro por atención de salud) para invertir en el establecimiento de salud. Se esperaba que las municipalidades destinen una parte de sus ingresos para incrementar la oferta de servicios de salud, así como también las gobernaciones. El CLS se encargaría de elaborar un plan de salud y supervisar su ejecución. Dentro de este plan de salud se puede establecer un Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE), lo cual permitiría determinar las actividades de salud prioritarias para el cuidado de la salud de la población de cada municipio.

Con respecto al financiamiento de los servicios de salud, el acuerdo de transferencia incrementó la recaudación de los recursos financieros por dos vías: la libre disposición del monto recaudado en concepto de aranceles y el compromiso del municipio de asignar recursos. Lamentablemente no existió una clara conceptualización de los rubros que se debían incluirse en el gasto en salud de cada municipalidad. Estas dos fuentes de financiamiento fueron muy variables porque no existieron criterios técnicos para la exoneración del pago de aranceles, y el monto de recursos asignados a los establecimientos de salud depende de las relaciones personales y políticas entre el intendente y el director/a del establecimiento de salud.

La administración de los recursos provenientes del cobro de los aranceles por parte de los Consejos Locales de Salud (1998) a pesar de su corta duración (3 meses) permitió logros positivos tales como el incremento en el número de prestaciones de salud, la incorporación de nuevos servicios (por ejemplo laboratorio clínico), el incremento de la recaudación por aranceles (sin el aumento de las tarifas establecidas para recibir atenciones de salud en establecimientos del MSPyBS), transparencia y mejor gestión en el manejo de los recursos propios, la reorganización de los establecimientos de atención de salud (una mayor exigencia y control al personal, establecimiento de horarios para los médicos, y determinación de cargas horarias para todo el personal). Sin embargo, éstos logros se dieron en grados diferentes en los distintos municipios donde se han aplicado dicha modalidad de administración.

En 1999, el nuevo Acuerdo obligó al depósito íntegro de lo recaudado en concepto de aranceles de acuerdo a las normas y procedimientos vigentes para todos los establecimientos del MSPyBS, comprometiéndose esta institución a su devolución en forma mensual para su utilización a nivel local de acuerdo a las modalidades administrativas convenidas. Esto significó que después de la gestión de los recursos por parte de los CLS, toda la recaudación del cobro de los aranceles se depositó en una cuenta a cargo del Ministerio de Hacienda con la promesa de transferencia a los respectivos establecimientos públicos de salud para el manejo de los CLS, pero en realidad nunca fueron devueltos al nivel local.

El hecho de que no haya experiencia descentralizadora en el Paraguay y que existan normas legales contrapuestas dificultan el desarrollo efectivo de esta modalidad de descentralización sanitaria (ley de Presupuesto General de la Nación y la ley de Organización Administrativa, etc.)

Una gran limitación de los convenios o acuerdos de gestión fue que el personal de los establecimientos de salud continuó dependiendo funcional y administrativamente del MSP y BS. Este hecho no facilitó la intervención del CLS para mejorar los servicios. De hecho, la Región Sanitaria (representante regional del MSP y BS) tenía la capacidad de incrementar o movilizar el personal del establecimiento y actualmente utiliza gran parte de lo recaudado por el cobro de aranceles para contratar personal y asignarlo a los establecimientos de salud en forma discrecional, sin tomar en cuenta las necesidades locales.

Por tanto, la Estructura y la Organización del Sector Público, en este caso el MSPBS y las Municipalidades juegan un rol sumamente importante a la hora de implementar las políticas establecidas.

Actualmente, existe un conjunto de factores que retarda el proceso de descentralización, entre ellos el hecho que el Ministerio de Salud Pública no ha renovado los convenios correspondientes con municipios en el marco de lo establecido por el Decreto 1996/98. Para el año 2000 se esperaba que se suscriban convenios con municipios seleccionados de los departamentos de Itapúa, Misiones y Boquerón, en el marco del memorándum de entendimiento entre el MSP y BS, USAID y la OPS; y a pesar de que se diseñaron proyectos pilotos estos no se implementaron debido a que las autoridades centrales del Ministerio de Salud no lo suscribieron.

## B. 3. EXPERIENCIA DE DESCENTRALIZACIÓN EN OTROS PAÍSES

### B.3.1. Brasil: Sistema Local de Salud en el Municipio de Camaragibe

El municipio de Camaragibe fue creado en 1982, pertenece a la región metropolitana de Recife, capital del estado de Pernambuco. Tiene una población estimada en 118.968 habitantes y una tasa de crecimiento anual de 1,25%. La experiencia de Camaragibe se destacó por haber sido una de las pioneras en el Brasil, en la implementación del Programa de Salud de Familia (PSF)<sup>13</sup>. Fue también uno de los primeros municipios de la región Nordeste en reunir las condiciones requeridas por el Ministerio de Salud para la habilitación de condiciones, que permitan y garanticen la asignación de recursos financieros federales en forma directa.

Antes de 1994, Camaragibe poseía una red asistencial de baja resolubilidad e inadecuada a las necesidades de la población. Eran 8 centros de salud responsables de la atención básica, dos hospitales privados contratados que prestaban asistencia ambulatoria y hospitalaria y un laboratorio de apoyo de diagnóstico. Pero no existían servicios respon-

---

13 La reestructuración del sistema de salud brasileño ha contemplado medidas que provocaron cambios en la red de servicios de salud. Ellas son: La implantación del Piso de Atención Básica (PAB) y El Programa de Salud de Familia (PSF) que es un programa de asistencia sanitaria básica familiar, a través de la asignación de equipos multidisciplinares de profesionales de salud, con atributos de segmentación en la cobertura geográfica y de continuidad en las actividades de tratamiento y prevención. Fuente: Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica. Mayo 2000. [www.worldbank.org/lachealth](http://www.worldbank.org/lachealth).

sables de las acciones de vigilancia sanitaria y epidemiológica. Debido a las insuficiencias estructurales de la red para asegurar el acceso de la población a los servicios de salud, un gran número de personas acostumbraba a utilizar sistemáticamente los ya congestionados servicios existentes en la capital. La necesidad de expansión de los servicios de salud, encontró limitaciones legales para la admisión de un mayor número de prestadores municipales, por tanto una de las alternativas encontradas, fue la tercerización a través de un convenio firmado con una cooperativa.

Para consolidar el Sistema Unico de Salud y efectivizar el sistema orientado a la población de Camaragibe, a partir de 1993 se inició el proceso de cambio que tuvo como propósito la consolidación de la Secretaría Municipal de Salud como gestora del sistema de salud local, y el fortalecimiento del proceso de municipalización, con la transferencia de recursos financieros directamente del gobierno federal al municipal. Eso implicó la reestructuración del Consejo Municipal de Salud, la implantación de un Fondo Municipal de Salud y la intención de captación de recursos financieros para el financiamiento del sistema, como pasos iniciales del Sistema.

La reorganización de la red asistencial contempló la división del municipio en cinco regiones administrativas que conformaban los servicios de salud ya existentes, agregándose cuatro niveles de atención.

Las áreas atendidas por el Programa de Salud de Familia (PSF) fueron definidas en conjunto con el Consejo Municipal de Salud. En este proceso fueron aprobados, junto con la comunidad, los criterios para identificación de la escuela de profesionales que irían a componer los equipos<sup>14</sup>, su forma de actuación y la forma en que se interrelacionarían con la población.

También fue sistematizado el proceso de comunicación entre el Sistema Unico de Salud (SUS) municipal y la población a fin de crear las condiciones en el ejercicio de control social por parte de los ciudadanos.

Los resultados obtenidos en cuanto a la evolución del nivel de procedimientos ambulatorios globales entre los años 1995 y 1999, muestran un crecimiento del 103% en la oferta del sector público. Sin embargo, uno de los cambios más importantes se dieron en el perfil de salud materno-infantil. La tasa de mortalidad infantil global declinó de 30/1000 NV a 16/1000 NV. Por su parte la tasa de mortalidad materna se redujo de 76,7 por 1000 NV(1995) a 0 por 1000 NV(1999).

La universalidad y la ampliación de la provisión de servicios, que posibilitó el acceso a los cuidados de salud, se tradujeron en una elevada cobertura asistencial en la población. Además, la descentralización que se vino consolidando progresivamente, ahora es plena. Finalmente, los datos arriba descriptos revelan el éxito obtenido por el municipio de

---

14 Los equipos están compuestos por médicos, enfermeros, auxiliar de enfermería, agentes comunitarios de salud y auxiliar de servicios generales.

Camaragibe en la aplicación del modelo asistencial, a partir de la estructuración de un sistema local de salud, que ha tenido como factores determinantes en este proceso a la consistencia de las decisiones tecno-políticas involucradas en el PSF y la metodología de financiamiento federal.

### B.3.2. Perú: Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de la Salud (CLAS)<sup>15</sup>

El sector salud peruano es una amalgama de instituciones públicas y privadas. El sector público incluye al Ministerio de Salud, al Instituto de la Seguridad Social y a servicios sanitarios para las fuerzas armadas y la policía. El sector privado es relativamente pequeño y se dedica a financiar y a prestar asistencia.

El Ministerio es el proveedor de servicios más grande, pues mantiene al 86% de todas las dependencias sanitarias y al 67% de todas las camas de hospital.

Como dato de prestación de servicios, la producción de la misma en asistencia primaria es extremadamente baja, con un promedio de entre 1 y 2 consultas diarias por cada trabajador del sector sanitario<sup>16</sup>.

**La Reforma** del sector salud en este país ha comenzado en el año 1994, cuyos objetivos consisten en mejorar la eficiencia de los servicios, la calidad de la asistencia y la equidad. Por tanto a partir de la misma han cambiado los papeles de la Dirección de Salud (DISA) y se inició una etapa en la que la comunidad interviene en la toma de decisiones.

La Reforma de los servicios de asistencia primaria del Ministerio contempló la puesta en marcha en 1994 del Programa de Salud Básica para Todos -PSBPT- que fue instaurado conjuntamente con una unidad de gestión paralela a las oficinas administrativas normales del Ministerio.

Como parte del mismo, a mediados de 1994 se inició un pequeño proyecto piloto que se llamó *Programa de Administración Compartida* (PAC), para desarrollar una estrategia para dispensar servicios de asistencia sanitaria primaria con la participación activa de la comunidad, cuya meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos a una entidad del sector privado, con los objetivos de mejorar la calidad del gasto, de la asistencia y establecer una participación de la población local a ser atendida.

---

15 Fuente: [www.worldbank.org/lachealth](http://www.worldbank.org/lachealth), El Desafío de la Reforma en Salud: Alcanzando a los Pobres, Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud. Mayo de 2000, San José. Costa Rica. Este material fue preparado por la Dra. Laura C. Altobelli.

16 Perú tiene uno de los más bajos índices de la región de gasto en Salud/PIB y del gasto per cápita en materia de salud, al tiempo que mantiene uno de los más elevados índices de cobertura por el sector público, después de Panamá y Nicaragua. Los datos corresponden al año 1994.

Tanto el PSBPT y PAC fueron integrados bajo el programa llamado *Programas de Administración de Acuerdos de Gestión* (PAAG). El mismo depende administrativamente de la oficina del Viceministro de Salud.

En cuanto a la provisión de fondos, el Ministerio de Economía y Finanzas transfiere directamente los recursos a los CLAS, es decir existe un vínculo directo en cuanto al flujo de recursos financieros entre los CLAS y el Ministerio de Economía y Finanzas, mientras que el vínculo programático es entre los CLAS y el Ministerio de Salud.

Otro aspecto contemplado en la Reforma es la creación del *Comité Local de Administración de Salud* (CLAS) que se presenta como la nueva forma de organizar servicios de asistencia sanitaria primaria que permitía la creación de una organización comunitaria legalmente establecida y no lucrativa para supervisar la gestión de las dependencias sanitarias.

El CLAS es la asociación sanitaria local compuesta por miembros elegidos por la comunidad. La asociación colabora en la gestión de los centros y puestos sanitarios dentro de un marco legal. Las mismas son instituciones legales, privadas no lucrativas que son administradas por una comunidad en torno a un Centro o Puesto de Salud. Cada CLAS tiene 7 miembros que forman la asamblea general de los cuales 6 son miembros de la comunidad (todos ellos trabajan sin remuneración durante un periodo de tres años) y el séptimo es el administrador de la dependencia (generalmente el jefe médico) quien participa en todas las decisiones del CLAS y completa el enfoque de gestión compartida.

Se firman dos tipos de contratos entre los representantes legales del CLAS y la Oficina de Salud Regional. El primer tipo de contrato (renovable cada tres años) es el de Administración Compartida que dota al CLAS de la infraestructura, el equipamiento, las medicinas y la planta de personal necesarios para implementar el Plan Sanitario Local.

El segundo tipo de contrato<sup>17</sup> es el de Gestión para la prestación de servicios basada en el Plan Sanitario Local, con lo que los CLAS se responsabilizan de asegurar el logro de los objetivos sanitarios para la población de la jurisdicción.

Luego de tres años y medio (1997) se habían constituido legalmente 548 CLAS en 26 de las 32 regiones/subregiones sanitarias. Los CLAS administraban 611 dependencias sanitarias periféricas de los cuales 29% eran centros sanitarios y 71% eran puestos sanitarios más pequeños. En enero de 1999 comenzó una nueva fase de ampliación donde se incorporaron al programa PAC 700 dependencias sanitarias adicionales.

La experiencia de los CLAS permitió observar los siguientes resultados:

1. Entre los problemas identificados con relación al PAC se puede citar los que se han generado en el seno del sector sanitario, es decir, las autoridades sanitarias regionales

---

17 Este contrato puede ser renovado en forma anual sujeto al logro de los objetivos.

y algunas autoridades del nivel central carecían de información sobre el funcionamiento del PAC y cuáles eran sus responsabilidades frente a él. Otro de los problemas detectados fue la falta de información que hizo que los médicos empleados del sector público con larga permanencia vieran amenazada su seguridad por la “privatización” de la asistencia sanitaria.

Finalmente, se destaca el problema de la conceptualización de la participación comunitaria por parte de las autoridades sanitarias y de los trabajadores de la salud.

## 2. Diferencias entre CLAS urbanos y rurales

Distintas son las formas de encarar los CLAS dependiendo de si éstas se desarrollan en el área rural o urbana. Así, se ha descubierto que los CLAS funcionan mejor en los asentamientos urbanos menos pobres, donde los clientes se pueden permitir pagar honorarios más altos por los servicios recibidos y además hay menor número de personas que necesiten exoneración de pago. Por tanto, el nivel de ingresos autogenerados es más elevado y eso permite contar con recursos adicionales para contratar más médicos, mejorar las instalaciones físicas y comprar insumos.

Sin embargo, los CLAS rurales enfrentan una problemática diferente. En general, la población rural es más pobre y el nivel de formación académica y laboral de la población es diferente. Dado que el nivel de ingresos de la población es más baja se necesita recurrir a las exoneraciones para muchos usuarios y eso conduce a un nivel de generación propio de recursos más exiguos. Ese hecho requiere que el gobierno central transfiera mayores recursos para poder realizar las inversiones necesarias para mejorar los servicios.

Estas características distintivas sirven de experiencia y pueden ayudar a una mejor distribución de recursos entre los sectores urbanos y rurales, y con ello promover la equidad entre ambas áreas y lograr la eficiencia en la provisión de los servicios.

---

## C. CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES (CSSE)

---

### C. 1. CONCEPTO

Ningún país del mundo puede proveer servicios de salud que satisfagan todas y cada una de las necesidades de la población. Por consiguiente, lo aconsejable es establecer criterios para decidir qué servicios se deberían ofrecer. Dos criterios básicos son la magnitud de la carga impuesta por una enfermedad, traumatismo o factor de riesgo en particular, y la efectividad en función al costo de las intervenciones destinadas a hacerles frente.

A partir del Informe de Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial, se difundió ampliamente la idea de definir un conjunto de servicios de salud esenciales (Paquetes Básicos o Canastas Básicas de Salud) para los países, sobre la base de una información epidemiológica, clínica y financiera detallada. Dicho conjunto debiera formar parte del proceso de reforma del sistema de salud integral de cada país.

El CSSE constituye una serie mínima de prestaciones que se considera conveniente entregar de forma generalizada<sup>18</sup>, siendo importante que desde el proceso mismo de su definición se dé participación a la comunidad y los afectados en general (*stakeholders*). No obstante, se puede definir al CSSE en diversos contextos que abarca todo el rango de opciones de prestación y financiamiento público y privado de los servicios.

La definición de un conjunto de servicios de salud esenciales presenta las siguientes ventajas:

- a. Orienta el uso de los recursos para solucionar los problemas prioritarios de salud de una comunidad. El análisis del uso de recursos públicos en muchos países muestra que la mayor proporción de recursos se utiliza en servicios de atención terciaria (hospitalaria y curativa). Así, los problemas de salud más prevalentes (infección respiratoria aguda y enfermedad diarreica aguda en niños) o que producen una discapacidad productiva importante en adultos (anemia por parasitosis o tuberculosis) cuentan con una proporción mínima de recursos. El análisis del perfil epidemiológico, y de las condiciones socioeconómicas, brinda información útil para priorizar los problemas de salud, con lo cual se puede cambiar el énfasis de las atenciones, direccionando los recursos para crear e incrementar ciertos servicios y reducir el alcance de otros.
- b. Permite la focalización en servicios de salud pública. Se da mayor importancia a las actividades preventivas y a la extensión de los servicios colectivos de salud a toda la población, como agua potable, saneamiento básico, disposición adecuada de excretas, etc.
- c. Facilita la estimación de costos y los análisis de costo-efectividad. La existencia de un conjunto básico de actividades esenciales de salud que cuentan con protocolos y costo permite fundamentar presupuestos a las oficinas o instituciones que financian estos servicios. Además, facilita el monitoreo y supervisión de ejecución de sus diferentes actividades que forman parte del conjunto de servicios básicos.

## C. 2. TIPOS DE CSSE

En la experiencia internacional se pueden encontrar por lo menos dos tipos de CSSE según que el criterio de construcción se concentre en programas y actividades de salud, o en parejas tratamientos-diagnósticos.

El CSSE más común es aquel vinculado con programas y actividades de cuidados de salud. En éste caso, el CSSE consiste en una lista de servicios y procedimientos (prestaciones) que son objeto de cobertura del sistema sanitario. Éste constituye el piso mínimo de cualquier plan de salud y, por esa razón, deberían estar consideradas en cualquier esquema básico de salud.

Un CSSE del tipo pareja tratamiento-diagnóstico puede ser usado por los aseguradores para fijar los precios de los proveedores y permitir un cobro más acorde con los

---

18 Aedo, C. y Torche, A. "Canastas Básicas en la Atención de Salud" Revista Análisis Económico Vol.11 N°2, 1996

costos reales de las prestaciones realizadas. Sin embargo, queda un problema por resolver: ¿Es conveniente que el CSSE considere todas las parejas tratamiento-diagnóstico? Si el objetivo consiste en ser una unidad de valor para los proveedores, entonces no existe inconveniente que sea así, incluso ello es necesario para disponer de valores para todos los diagnósticos. El punto es que no merece llamarse “básica”, es simplemente un conjunto de servicios de salud de carácter general.

### C. 3. CARACTERÍSTICAS DEL CSSE

- a. Contiene un subconjunto limitado de todas las intervenciones de atención de salud hechas posibles por la tecnología médica actual. El CSSE tendrá una naturaleza finita. Por definición no puede incluir todo y no corresponde que lo haga. El proceso de priorización ayudará a identificar los servicios que determinemos como los más importantes y básicos.
- b. Las intervenciones no se incluyen en el CSSE de manera aleatoria; mas bien resultan de un proceso de priorización para lograr específicos objetivos técnicos y/o sociales. La decisión de qué va en el CSSE se fundamentará en algún tipo de criterio sobre el cual exista acuerdo. Este acuerdo puede ser entre quienes elaboran las políticas, profesionales de la salud o la sociedad en su conjunto.
- c. Las intervenciones no son independientes una de otra dentro del CSSE. De hecho, muchas se eligen específicamente para que se complementen o refuercen entre sí, de modo que exista sinergia entre ellas. Un CSSE es más que una simple lista de intervenciones. En principio, éste debería diseñarse de tal manera que los componentes individuales puedan complementarse entre sí y que el todo sea mayor que la suma de sus partes. Se debe analizar cuáles de los servicios se ofrecerán juntos y cuáles en forma independientes.

### C. 4. CONTENIDO

Un Conjunto de Servicios de salud Esenciales debe incluir una combinación de intervenciones de salud pública e intervenciones de salud individual.

Las intervenciones de **salud pública**<sup>19</sup> se dividen en tres categorías principales y es posible incluir cualquiera de éstas dentro de un CSSE:

- Servicios que promueven los cambios en el comportamiento personal. Ej.: Orientación para abandonar el hábito de fumar, o los programas de información, educación y comunicación para aumentar el uso de condones;
- Servicios que controlan riesgos ambientales, como los programas de rociado para eliminar mosquitos y evitar la malaria, o el desarrollo o regulación de productos de seguridad, tales como cinturones de seguridad para reducir la tasa de accidentes de tránsito, etc.

---

19 Las consideraciones respecto a bienes públicos se encuentran en la sección de Marco teórico para pagos y financiamientos.

- Servicios para la atención de salud específica a la población, tales como inmunización, quemoprofilaxis, como la entrega de vacunas e inmunizaciones para niños y adultos, o suplementos alimenticios para los niños desnutridos y/o mujeres embarazadas, control pre-natal, atención del parto y puerperio, planificación familiar, etc.

Intervenciones de **salud individual**: Las intervenciones clínicas pueden entregarse en diferentes tipos de establecimientos, como clínicas o centros de salud, hospitales de distrito y hospitales de referencia. Los diferentes niveles de atención en los establecimientos pueden entregar respuestas diferentes a problemas similares de salud, en base a las capacidades de diagnóstico y tratamiento que se pueda brindar en el establecimiento.

En algunos casos, puede que la intervención clínica no sea significativamente diferente de un establecimiento a otro. Sin embargo los recursos que se pueden requerir pueden ser muy diferentes, y por lo tanto, pueden tener costos muy distintos.

Conforme a lo previamente detallado, queda claro que para alcanzar los objetivos propuestos en la creación de un CSSE, es necesario alcanzar un equilibrio apropiado entre estos dos enfoques para abordar el cuidado de salud.

## C. 5. JUSTIFICACIÓN DE LA CREACIÓN DE UN CSSE

¿Por qué es aconsejable agrupar varios servicios de salud en un "CSSE" y qué significa eso? Los gobiernos pueden proceder de otra manera y a menudo lo hacen<sup>20</sup>.

El principal argumento a favor de combinar varios servicios para ofrecerlos en conjunto es que con ello se reduce a un mínimo el costo total del mismo porque se puede aprovechar el uso compartido de los insumos y reducir el costo de los servicios para los pacientes. El agrupamiento de las intervenciones mejora su efectividad en función al costo mediante al menos tres mecanismos:

- la sinergia entre las actividades de tratamiento o prevención,
- los costos de producción compartidos,
- y un mejor uso de los recursos especializados mediante el tamizaje de pacientes en el primer nivel de atención, a fin de asegurar la detección y remisión a un hospital de una pequeña fracción de los casos en alto riesgo.

Estas razones expuestas para justificar el agrupamiento de los servicios en un CSSE a fin de obtener mayores beneficios sanitarios a partir de un conjunto de insumos particulares son eminentemente médicas. Otros argumentos que justifican la creación de un CSSE de atención sanitaria guardan relación con la capacidad limitada que tienen los gobiernos para establecer prioridades y planificar inversiones. Al mismo tiempo el paquete simplifica la tarea de planificar las inversiones en edificios y equipos, en el adiestramiento de

20 Bobadilla, Cowley, Musgrove y Saxenian, "Diseño, Contenido y Financiamiento de un Paquete Esencial de Servicios de Salud Nacional" National World Bank, 1994.

personas y en la compra de fármacos y materiales. El ofrecimiento de un conjunto mínimo de servicios conlleva una necesidad mínima de insumos.

Finalmente, la posibilidad que un CSSE pueda ser financiado por el sector público en forma íntegra, o en parte y en copago con los usuarios, se constituye en fortaleza a la hora de evaluar la viabilidad de la creación de un paquete y además facilita la efectiva implementación del mismo.

## C. 6. METODOLOGÍA PARA ELABORAR EL CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES (CSSE)

### C. 6.1. Metodología participativa

La construcción de un CSSE requiere de un proceso participativo que posibilite el involucramiento de los afectados (Stakeholders), actores políticos y sociales de una comunidad.

La participación se define como una herramienta política que genera condiciones para que los propios miembros de una comunidad logren acuerdos y definan los intereses y las respuestas a sus necesidades locales.

La metodología participativa facilita la definición del CSSE a partir del aporte del enfoque epidemiológico y de las necesidades prácticas (intereses, necesidades) de los miembros de la comunidad, coordinando los intereses de los oferentes y los demandantes.

Se estima que un CSSE que considere de manera activa las opiniones de la comunidad, contará con un mayor apoyo social para su adopción, que uno diseñado sólo por profesionales del área de salud.

Establecer una metodología única para la construcción de un CSSE es una tarea compleja debido a las características propias que posee cada comunidad. Por tanto, lo que se disponen son lineamientos que pueden guiar el proceso de construcción del CSSE.

### C. 6.2. Lineamientos generales para la construcción de un CSSE

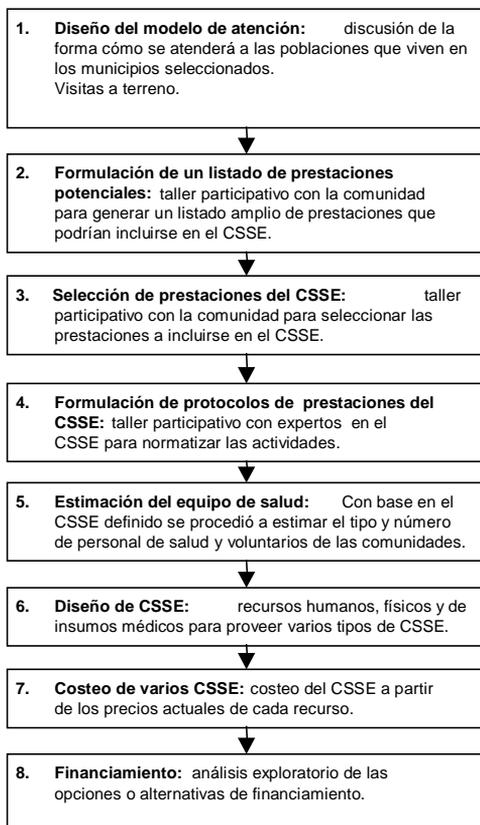
En este punto se realizará un recorrido metodológico, definiendo y caracterizando las distintas etapas, que a su vez incluye una serie de 8 pasos (Ver esquema metodológico). La determinación del CSSE se compone de cuatro etapas, que son:

- **Etapas de Diagnóstico** de la oferta de los servicios de salud, los problemas principales de salud y de la forma de atención a la población meta: incluye el diseño del modelo de atención (Ver Paso 1, del esquema metodológico. Pág. 31).
- **Etapas de Definición** del contenido del Conjunto de Servicios que incluye los pasos de formulación de un listado de prestaciones potenciales, selección de prestaciones para el CSSE, y la protocolización de las actividades seleccionadas (Pasos del 2 al 6 del esquema metodológico).

- **Etapa de Costeo** de las actividades seleccionadas que incluye los pasos de la estimación del equipo de salud y del diseño final del CSSE (Paso 7).
- **Etapa de Financiamiento** en el cual se exploran las alternativas y opciones de financiamiento del CSSE (Paso 8).

En el gráfico 1 se presenta un **esquema metodológico** que contempla cada uno de los pasos a ser tenidos en cuenta conforme a un orden secuencial de los mismos.

GRÁFICO 1: ESQUEMA METODOLOGICO



### C.6.3. Desarrollo de los pasos

#### **Paso 1: Diseño del Modelo de Atención y diagnóstico de salud**

El diseño de un CSSE consiste en la organización de información acerca de recursos humanos, financieros, económicos y materiales necesarios para proveer un determinado conjunto de servicios de salud.

La etapa de diseño incluye la selección del Municipio en el cual es importante que el equipo facilitador del proceso defina criterios para la selección del Municipio, éstos pueden ser de carácter político, social, gestión institucional, estratégicos. La evaluación conjunta de los criterios facilitará la identificación del Municipio, y fundamentalmente de los actores políticos y sociales. La selección del municipio cumple con dos finalidades:

- a) La metodológica, se busca que los actores tengan la voluntad política y la capacidad de participar en todo el proceso de construcción del CSSE, y
- b) La estratégica por la posibilidad de que sirva de experiencia y motivación a otras autoridades locales para replicar en sus municipios.

Algunos criterios que pueden orientar la selección del municipio son: liderazgo político y social del Intendente Municipal, relación armónica entre el Intendente Municipal y el Director/a del Establecimiento de Salud, antecedente de apoyo técnico de Organizaciones no Gubernamentales en el Fortalecimiento de las funciones del Gobierno Local, participación del CLS, tamaño poblacional del Municipio etc.

Después de ésta selección se pasa a elaborar el diagnóstico de la oferta de servicios de salud, que consiste en el relevamiento de informaciones sobre la población meta, la capacidad instalada para proveer los servicios, organización para el trabajo, número de programas desarrollados, volumen de prestaciones, estrategias comunitarias en salud, etc.

El diagnóstico de la oferta de salud sirve para brindar información acerca del perfil epidemiológico de la población del municipio, **la identificación de grupos vulnerables y de la capacidad potencial y concreta de respuesta institucional a la demanda por servicios de salud.**

Como parte de la etapa diagnóstica se realiza una caracterización sobre las diversas formas de entrega de servicios y actividades de salud, y sobre las relaciones entre los equipos técnicos y las comunidades y modos de colaboración al interior de los equipos de técnicos de salud, es decir se describe el modelo de atención vigente.

El «Nuevo Modelo de Atención» se define como el tipo de servicios de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir. Constituye la representación de la gama de actividades mediante las cuales se aplican directamente los beneficios de las ciencias de la salud a las personas, a la población y al ambiente.

El «modelo» tiene también la connotación de «ejemplar» o «deseable», de manera que la imagen descrita es la de una atención satisfactoria.

La elaboración del diagnóstico se debe realizar con la participación activa del personal de salud, cuyo resultado será analizado con los mismos en una reunión de trabajo. Se analizará con ellos los puntos críticos encontrados en la oferta y en la demanda de los servicios de salud, y se señalarán las posibles alternativas de mejora, definiéndose de ésta manera los lineamientos del nuevo modelo de atención.

Una vez definido el modelo, se busca que se organice el sistema de salud en forma tal que pueda proporcionarlo; y que las políticas de recursos humanos, de tecnología y de financiamiento sean también coherentes con el modelo.

Por otro lado, más allá de la oferta de servicios de salud y de la modalidad organizacional adoptada en los establecimientos de salud, el nuevo modelo de atención implica también lo referente a los convenios y negociaciones que es necesario establecer entre los diferentes subsectores proveedores, prestadores y financiadores de servicios de salud, de manera de lograr un consenso mínimo alrededor del cual se pueda facilitar la incorporación de dichos subsectores a un sistema de salud local, con diferentes tipos de prestadores, proveedores y financiadores.

### **Paso 2: Formulación de un listado de prestaciones**

La Formulación de un listado de prestaciones potenciales consiste en la elaboración de un listado de actividades de salud considerados como “convenientes de ser proveídos en la comunidad” con la participación de la misma.

Esta actividad se realizará en un Taller participativo con actores políticos y sociales, que incluye a los técnicos de salud, a los agentes locales de salud y a los principales miembros de las organizaciones comunitarias.

El listado se elaborará teniendo en cuenta las informaciones brindadas en el informe del diagnóstico de la oferta de salud y los conocimientos adquiridos en la práctica por los agentes locales de salud y los actores políticos. El listado general de prestaciones, políticamente es necesario para valorar los intereses de los participantes en la formulación y sirve como marco de referencia del siguiente paso.

### **Paso 3: Selección de prestaciones del CSSE**

La selección de prestaciones para el CSSE se realiza a través de un Taller participativo con los mismos actores que participaron del proceso de elaboración del listado potencial de prestaciones. La selección consiste en la priorización de las actividades utilizando algunos criterios económicos, técnicos, políticos y sociales.

#### **Criterios para la priorización**

Para contribuir a preservar la salud y reducir el daño producido por las enfermedades utilizando mejor los recursos disponibles en forma tal que produzcan los mayores beneficios a la población en general, es que se deben establecer las prioridades en salud.

---

21 Aedo, C. y Torche, A. Canastas Básicas en la Atención de Salud. Revista de Análisis Económico Vol 11 N°2, 1996.

22 Bitrán y Asociados. “Diseño de un Paquete de Beneficios de Salud” Focalización y Paquetes de Beneficios. Programa de Flagship, 2000

Priorizar no significa necesariamente limitar la atención de salud, sino que significa cambiar el énfasis de las atenciones, creando e incrementando ciertos servicios de salud y reduciendo el alcance de otros. La priorización permite cambiar el énfasis de la discusión en salud hacia las acciones de salud y su grado de efectividad relativa.

Existen dos visiones sobre el concepto de necesidad de atención de salud<sup>21</sup>:

- Por una parte, el criterio de los profesionales médicos que se basa en información epidemiológica y estándares de atención técnicos para las distintas condiciones de salud.
- Por otra, las percepciones de las personas o beneficiarios sobre lo que constituye un problema de salud.

Estas visiones se traducen en discrepancias entre la necesidad en salud definida por el personal médico (aún entre los especialistas los criterios pueden diferir, pues profesionales con distintas “preferencias” pueden definir CSSE distintos) y la necesidad de atención de salud percibida por las personas. Dicha discrepancia ocurre por múltiples factores: educativos, cultural, económicos, ideológico, político, etc.

Pero lo importante es cómo se complementa el criterio de necesidad, ya sea médico o el de las personas, con el económico. Dado que la salud constituye una necesidad básica, es decir, es un bien cuya satisfacción es determinante para garantizar la igualdad de oportunidades entre las personas, la que a su vez es un pre-requisito para la igualdad en términos sociopolíticos y porque es importante relacionarlo con lo económico.

Hay varios enfoques que se han utilizado para establecer prioridades para los servicios de salud<sup>22</sup>:

- *Definir las categorías de atención:* Este enfoque implica definir de manera amplia las categorías generales de atención y luego dejar las decisiones más específicas a los políticos y a profesionales de la salud. Sus ventajas radican en su flexibilidad y en que se minimiza la resistencia política, puesto que no hay exclusiones específicas que puedan servir como punto focal de oposición. Es importante mencionar que se logrará asignación eficiente de los recursos si no existen conflictos de intereses entre los políticos y los profesionales de la salud.
- *Utilizar criterios explícitos:* Otro enfoque es identificar y usar criterios específicos para identificar los servicios de salud que deben recibir prioridad y que, por lo tanto, se deben incluir en un CSSE. La desventaja de un enfoque por criterios es que puede ser difícil para la población ponerse de acuerdo sobre cuáles criterios se deben utilizar.
- *Utilizar pautas o evaluación de tecnologías:* Este enfoque involucraría informar tanto a pacientes como a profesionales sobre la efectividad de los tratamientos específicos, bajo diferentes condiciones y circunstancias y utilizaría los resultados de pruebas clínicas, investigación y experiencia profesional. La ventaja consiste en que se define claramente cuándo puede ser técnicamente beneficioso o no un servicio. Su aspecto negativo es que frecuentemente no incluye un componente económico.
- *Utilizar fórmulas o modelos:* este enfoque se vale de fórmulas o modelos para ayudar a la selección de la mejor combinación de servicios. Dichos modelos se pueden basar en evaluaciones de la carga de la enfermedad y un análisis de costo-efectividad para

determinar la mejor manera de cumplir los objetivos de salud. La ventaja es que considera explícitamente la eficiencia y puede incorporar preferencias sociales a través de la evaluación de distintos resultados o estados de salud.

Cada uno de estos enfoques tiene sus desventajas y ventajas particulares y ninguno es ideal en sí. Sin embargo, se puede combinar ciertos aspectos de cada uno de ellos en un enfoque más completo respecto de la definición de prioridades y construcción de un CSSE.

#### **Paso 4: Formulación de protocolos de prestaciones del CSSE**

La protocolización de las prestaciones del CSSE consiste en el establecimiento de normas para la prestación de las actividades de salud y de prácticas médicas más efectivas, tiene por finalidad identificar los recursos necesarios para brindar las actividades y constituye la información base para la etapa de costeo. Por ello, se relevan datos que tienen relación con la organización institucional (número de personal, distribución de funciones, carga horaria para la provisión de un servicio, trabajos en equipos) y las prácticas médicas más efectivas realizadas por el personal de salud, como por los agentes comunales.

Se disponen de instrumentos de planificación para la protocolización, que incluyen datos sobre: actividad de salud, responsable (s) de su concreción, tiempo de realización, informaciones generadas para la evaluación de indicadores epidemiológicos, recursos materiales e insumos necesarios para su concreción.

Una vez culminado el protocolo para el “costeo” se debe prever un pequeño taller de validación del protocolo con profesionales de diversas instituciones.

#### **Paso 5: Estimación del equipo de salud**

La estimación del equipo de salud consiste en la identificación y cuantificación del número y tipo de personal de salud y voluntarios de salud que trabajarán en la ejecución del CCSS.

Con la conclusión de los pasos citados se estaría en condiciones de concluir el diseño del CCSS.

#### **Paso 6: Diseño del CSSE**

El diseño del CCSE consiste en el cálculo económico para identificar un conjunto de servicios de salud, que incluye recursos humanos, físicos y de insumos médicos para proveer ese servicio y las actividades y sub-actividades correspondientes.

#### **Paso 7: Costeo del CSSE**

Consiste en la determinación de los costos de los recursos necesarios para la presta-

ción del CSSE a partir de los precios actuales de cada recurso.

### **Metodología utilizada para la determinación de costos del CSSE**

Para determinar los costos de los servicios y las actividades consideradas en el *Conjunto de Servicios de Salud Esenciales* (CSSE), se utilizó la metodología utilizada en el marco del estudio "*Descentralización del Sector Salud en el Paraguay: Estudio de Evaluación del Impacto en el Costo, Eficiencia, Calidad Básica, Uso, y Equidad de los Servicios Básicos de Salud*" llevado a cabo por el proyecto *Measure Evaluation Project* del Carolina Population Center de la Universidad de Carolina del Norte (U.S.A.) con el apoyo de la misión de USAID en Paraguay (1998); aunque se han introducido algunas modificaciones para tener en cuenta los requerimientos especiales de los servicios del CSSE.

### **Problemas conceptuales y su pertinencia**

Al nivel más básico, el concepto de costo es realmente simple. La producción de una mercancía o de un servicio requiere el uso de diversos recursos escasos (por ejemplo, tiempo de trabajo, materiales, suministros, etc.). Cada uno de estos recursos tiene un "costo" o un precio asociado con su uso (por ejemplo, un sueldo o un precio de compra o de alquiler). El cálculo del costo de producir una cantidad dada de una mercancía o servicio involucra determinar la cantidad de unidades de cada tipo de recurso que se usa en la producción durante un período específico de tiempo, multiplicar la cantidad de unidades de cada recurso por su precio unitario, y sumar los resultados para obtener un total. De acuerdo con esto, el costo total de producir la cantidad  $Q$  de unidades de un bien o servicio es:

$$CT(Q) = \sum_{i=1}^n p_i x_i \quad (\text{Ecuación 1})$$

donde  $x_1, x_2, \dots, x_n$  son las cantidades de cada uno de los  $n$  insumos que se usan en la producción durante un período específico de tiempo, y  $p_1, p_2, \dots, p_n$  son los precios por unidad de cada insumo.

La producción de servicios de salud requiere cinco categorías de recursos cuya utilización se puede observar en el establecimiento. Estas categorías de recursos son: (1) tiempo personal; (2) suministros, medicamentos y otros productos consumibles; (3) gastos de administración al nivel de establecimiento y otros gastos indirectos (rubros tales como alimentación, mantenimiento, traslados, etc.); (4) equipos e instrumentales; y (5) espacio físico. Los resultados del uso de estos recursos son la producción de servicios de salud observables a nivel de establecimiento (por ejemplo, número de pacientes atendidos) y la producción de resultados de salud no observables a nivel de establecimiento (vacunaciones extramurales).

Para las primeras tres categorías de recursos -tiempo de personal, suministros y medicamentos, y gastos de administración y otros gastos indirectos- los costos se producen al mismo tiempo en que se usan los recursos y se prestan los servicios. En otras palabras, hay una relación relativamente directa entre el flujo de pagos por los recursos y el flujo de

servicios que tales recursos producen. A estos costos se los denominan costos recurrentes.

Para las últimas dos categorías -equipos e instrumentales, y espacio físico- hay una relación mucho más indirecta entre el gasto que se hace para obtener los recursos y el flujo de servicios que tales recursos producen, por ejemplo, un edificio queda generalmente pagado una vez que se construye, y luego produce un flujo de recursos por un período de tiempo prolongado. Lo mismo es válido en el caso del equipo médico e instrumentales.

Para los objetivos del costeo del CSSE, se utiliza sólo los elementos de los costos recurrentes de los servicios básicos de salud, considerando también ciertos instrumentales imprescindibles.

### Costo de Recursos Humanos

El costo del recurso humano se calcula con la información del personal básico - nivel de esfuerzo, sueldo y asignación del esfuerzo- extraída de los registros del Centro de Salud y de asignación de tiempo estimado en consulta con los profesionales respectivos. El personal sanitario brinda información acerca de la cantidad de tiempo que invierte cada tipo de personal en la prestación de cada uno de los servicios que aparecen en el CSSE. El cálculo se muestra en la Ecuación 2.

$$\text{Costo Total de Recurso Humano} = \text{CTRHn} = \sum_{j=1}^i W_{j,n} \text{Horas}_{j,n} \quad (\text{Ecuación 2})$$

Donde,

$W_{j,n}$  Es el sueldo por hora del tipo de personal  $j$  (doctores, enfermeras y enfermeras auxiliares) en el establecimiento  $n$  (Centro de Salud de San Miguel)

$\text{Horas}_{j,n}$  Es el número de horas del tipo de personal  $j$  en el establecimiento  $n$  (Centro de Salud de San Miguel) que se necesita para brindar los servicios contemplados en el CSSE en función a la población meta definida.

### Cálculos del costo de recurso humano para cada servicio específico de salud

Para realizar este cálculo, primero se determina el costo del personal sanitario para cada actividad específica, lo cual se hace en base a la proporción de tiempo total que cada tipo de personal invierte en cada tipo de servicio del CSSE.

El calculo se muestra en la Ecuación 3.

$$\alpha_{i,j} = \frac{t_{i,j,n} Q_{i,j}}{\sum_{i=1}^j t_{i,j} Q_{i,j}} \quad (\text{Ecuación 3})$$

*Donde*

$a_{i,j}$  es la proporción de tiempo total de contacto con el usuario/cliente que el tipo de personal  $j$  invirtió en el servicio  $i$

$t_{i,j}$  es el tiempo que el tipo de personal  $j$  necesita para brindar el servicio  $i$  un usuario/cliente

$Q_{i,j}$  es el número de usuarios/clientes del servicio  $i$  que el tipo de personal  $j$  atiende

Por medio de la proporción calculada en la Ecuación 3 el tiempo total del personal sanitario básico utilizado en el  $i$ -ésimo servicio se calcula con la Ecuación 4.

$$TSC_i = \sum_{j=1}^j a_{i,j} TSC_j \quad (\text{Ecuación 4})$$

*Donde,*

$TSC_i$  es el costo total del personal sanitario básico por servicio  $i$

$TSC_j$  es el costo total de personal sanitario básico por tipo de personal  $j$

$a_{i,j}$  es la proporción de tiempo total de para brindar el servicio que el tipo de personal  $j$  invirtió en el servicio  $i$

De acuerdo con esto, para cada servicio, se determina los tipos de personal sanitario que intervienen, el tiempo que requiere cada actividad y subactividad para brindar el servicio, considerando el salario para cada tipo de personal. En los casos en que el servicio se ofrece a través actividades a ser realizadas por voluntarios (Ejemplo, voluntarios que apoyan jornadas de vacunación) se determinó el "precio sombra" teniendo de referencia el costo de mano de obra para ese tipo de personal.

### **Costo de medicamentos, insumos médicos, materiales y otros gastos específicos**

Los medicamentos, insumos médicos, materiales y suministros específicos son aquellos que se utilizan sólo para los servicios incluidos en el CSSE. El costo de los mismos para cada usuario/beneficiario se determinó en cada tipo de servicio según la cantidad de suministro que se utiliza para cada usuario/beneficiario en cada actividad y subactividad, multiplicado por la cantidad de acciones y beneficiarios que se pretende alcanzar en el lapso de un año, considerando los precios unitarios respectivos.

El costo de materiales, insumos y medicamentos que constituyen donaciones (Ejemplo insumos de Planificación Familiar) se puede estimar teniendo en cuenta el precio de referencia utilizado en los establecimientos públicos de salud, y en otros los precios de mercado.

### Estimación de costo recurrente total por Servicio

Tal como se muestra en la Ecuación 5, el costo recurrente total por cada servicio se estima sumando lo siguiente: tiempo de personal sanitario básico asignado al servicio, costo de medicamentos, Insumos Médicos, Materiales específicos para el servicio, y la cantidad total de otros gastos generales necesarios para la prestación de los servicios.

$$TC_i = TSC_i + Med_i + IM_i + Mat_i + \text{Otros Gastos}_i \text{ (Ecuación 5)}$$

Donde

$TC_i$	es el costo recurrente total del servicio $i$
$TSC_i$	es el costo del personal médico básico asignado al servicio $i$
$Med_i$	es el costo total de los medicamentos específicamente utilizados por el servicio $i$
$IM_i$	es el costo total de los insumos medicos específicamente utilizados por el servicio $i$
$Mat_i$	es el costo total de los materiales específicamente utilizados por el servicio $i$
$\text{Otros Gastos}_i$	es la cantidad total de otros gastos utilizados por el servicio $i$

### Paso 8: Análisis de alternativas de Financiamiento

Consiste en realizar un estudio y análisis de las opciones de financiamiento existentes a fin de proponer estrategias concretas para la implementación del CSSE. Es importante el debate que pueda darse en torno al rol del gobierno local en la administración y control de los servicios públicos de salud. Las definiciones acerca del rol orientarán la delimitación y el cumplimiento de las responsabilidades que se comprometa la Intendencia Municipal en la descentralización de los servicios de salud.

La estrategia de negociación surge como una alternativa en la búsqueda del financiamiento compartido entre los actores institucionales y sociales, tales como: Intendencia Municipal, Regional Sanitaria del Departamento, Centro de Salud y comunidad. Además de estos pasos se pueden incluir otras dos de carácter económico que ayudarán a seleccionar los servicios y las actividades de salud, como:

- *El análisis de costo efectividad* que compara intervenciones o programas en términos de costo (monetario), y un resultado de salud, medido en unidades naturales, cuando las alternativas tienen efectos diferentes. Ejemplo: Vacunación, el resultado sería el nro. de niños vacunados, y las estrategias, vacunarlos en el establecimiento, en las casas, ó en las escuelas. Se elige el resultado más efectivo y a un costo razonable.
- *El análisis económico y fiscal*, en el cual se realizan simulaciones que ayudarán a proyectar la extensión del CSSE a toda la población.

#### C.6.4. Marco teórico de alternativas de financiamiento y pagos teniendo en cuenta criterios de eficiencia y equidad.

##### **Alternativas de financiamiento**

Antes de presentar las formas de financiamiento es importante distinguir entre los bienes que deben ser financiados por el sector público y los que pueden ser objeto de financiación por parte del sector privado y en combinación con el anterior.

Existen bienes y servicios, que una vez ofrecidos benefician a la población entera o a un grupo importante y no sólo a pocos. Estos bienes y servicios reciben la denominación de **Bienes Públicos**<sup>23</sup>. Es decir, que una vez ofrecidos estos bienes no pueden haber exclusión entre los usuarios, sino que beneficia a toda la población o a gran parte de ella. Como ejemplo de este tipo de servicios pueden darse las campañas de información masiva y de vacunación, programas de prevención como la fumigación aérea para la eliminación de insectos portadores de alguna enfermedad, etc.

Por tanto, este tipo de bienes deben ser financiados por el sector público por la cobertura universal que su oferta implica, aún cuando algunos de los beneficiarios no estén dispuestos a pagar por ello. Dicha característica puede ser justificada pensando en que si el financiamiento tuviera carácter privado y se basara en la voluntad de las personas, habrá muchas personas que no pagarían por algún bien o servicio del cual se beneficiarían todos.

Además existe otro comportamiento denominado "free-rider" que se da cuando las personas creen que aún cuando ellas no paguen otras personas lo harán, por tanto de igual forma se beneficiaría. Este comportamiento trae consigo una insuficiencia en la disponibilidad de los fondos privados, y hasta puede llegar a que ello dificulte la provisión del bien público que podría tener como resultado una provisión sub-óptima o parcial de estos bienes. Por todos estos argumentos, para que los bienes públicos puedan ser proveídos en forma adecuada deben ser financiados con fondos provenientes del sector público. Pero es oportuno destacar que el Estado sólo debería financiar los bienes públicos que ameriten ser ofrecidos o que la población efectivamente los necesita.

Una vez hecha la distinción entre bienes públicos y su financiamiento, se verá la forma de financiamiento de un CSSE. Éste puede ser prestado y financiado tanto por el sector público como por el sector privado o por ambos a la vez.

Los contextos más comunes para los sectores de salud de los países en desarrollo se centran fundamentalmente en los dos puntos a ser detallados a continuación<sup>24</sup>:

- a. Cuando la prestación y el financiamiento corre por cuenta del gobierno, y
- b. Cuando la prestación y el financiamiento de los servicios se da por parte del sector

---

23 "Focalización y Paquetes de Beneficios" Programa Flagship, Santiago de Chile 2000.

24 idem. 23

privado, conjuntamente con el gobierno en el financiamiento y por sobretodo en la regulación de los servicios.

El primer caso parte de la premisa que el gobierno busca generalmente mejorar la eficiencia y la equidad en la prestación de servicios, por tanto la priorización y otros criterios para la determinación del CSSE ocupan un lugar de trascendencia. Junto a esos dos objetivos se suma la característica salud como un bien público, además de promover o estimular el uso adecuado de los servicios de salud, que justifican plenamente la participación del gobierno en la prestación y el financiamiento del CSSE.

El segundo caso implica que los sectores público y privado se ocuparán de los gastos del sector salud. Dado que en este caso se comprometen recursos públicos, se justifica el uso de un CSSE basado en la priorización, mediante el cual se podrán alcanzar los objetivos de eficiencia y equidad. Aquí, un paquete generalmente serviría como un producto universal o comparable. Por otro lado, también existen razones que justifican el financiamiento privado, al menos como una parte del plan general de financiamiento. Es necesaria cierta participación en los copagos del CSSE o de algunos de sus componentes, como lo son los medicamentos. Pero siempre debe tenerse en cuenta a quien pertenece a un grupo vulnerable o considerado como "pobre" quede exento del requerimiento de pago.

El financiamiento privado ayuda al sostenimiento financiero del CSSE, pues es conocida la estrechez de la restricción presupuestaria del sector público.

Además es importante señalar que se puede optar por el financiamiento público de todo el CSSE o solo en parte, por medio de proveedores privados. Es decir, el gobierno se hace cargo de una parte de la financiación de los servicios de salud y la otra es completada por los usuarios. Estos mecanismos de reembolsos pueden hacerse según el diagnóstico o per cápita.

## C. 7. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE POBLACIONES BENEFICIARIAS

Existen algunos criterios que se pueden tener en cuenta para la selección de poblaciones beneficiarias y son:

### **A. Por ubicación geográfica:** Casco urbano, compañías

*Ventajas:*

La administración y asignación de los recursos es más sencilla. Además, técnicamente la selección de las poblaciones es más sencilla.

*Desventajas:*

Políticamente poco viable en una comunidad muy pequeña.

Es poco sustentable si las poblaciones (compañías) son muy similares.

### **B. Por grupos de edad:** Niños menores de 12 años, mayores de 50 años.

*Ventajas:*

La selección de las poblaciones es más sencilla técnicamente.

Políticamente es más viable en una comunidad muy pequeña.

*Desventajas:*

La administración y asignación de recursos es más compleja.

Se repite la asignación del nivel central (niños pequeños y madres) y no se adapta a las necesidades locales.

- C. Por afección de salud:** Problemas respiratorios, hipertensión arterial, parasitosis, etc.

*Ventajas:*

Se priorizan los problemas locales de salud.

Políticamente más viable en una comunidad muy pequeña y se adapta a las necesidades locales.

*Desventajas:* La administración y asignación de recursos es más compleja.

La selección de las poblaciones es más compleja, requiere revisar y analizar periódicamente indicadores epidemiológicos (Costos en tiempo y capacitación de personal).

- D. Por tipo de intervención:** Atenciones preventivas, atenciones curativas, educación para mejorar el estado de salud y estilo de vida.

*Ventajas:*

Se prioriza la prevención de los problemas locales de salud y se adapta a las necesidades locales.

*Desventajas:*

Políticamente es menos viable en una comunidad muy pequeña, pues se exige soluciones más inmediatas.

La administración y asignación de los recursos es más compleja.

La selección de las intervenciones es más compleja, requiere revisar y analizar periódicamente indicadores epidemiológicos (Costos en tiempo y capacitación de personal).



## II. ESTUDIO DE CASO: San Miguel -Misiones



### A. CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES: LA EXPERIENCIA DE SAN MIGUEL - MISIONES

#### A.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL DISTRITO DE SAN MIGUEL

##### A.1.1. Referencias geográficas de San Miguel

El Distrito de San Miguel pertenece al octavo departamento de Misiones, situado en la parte sur de la Región Oriental del Paraguay, a 177 Km de Asunción.

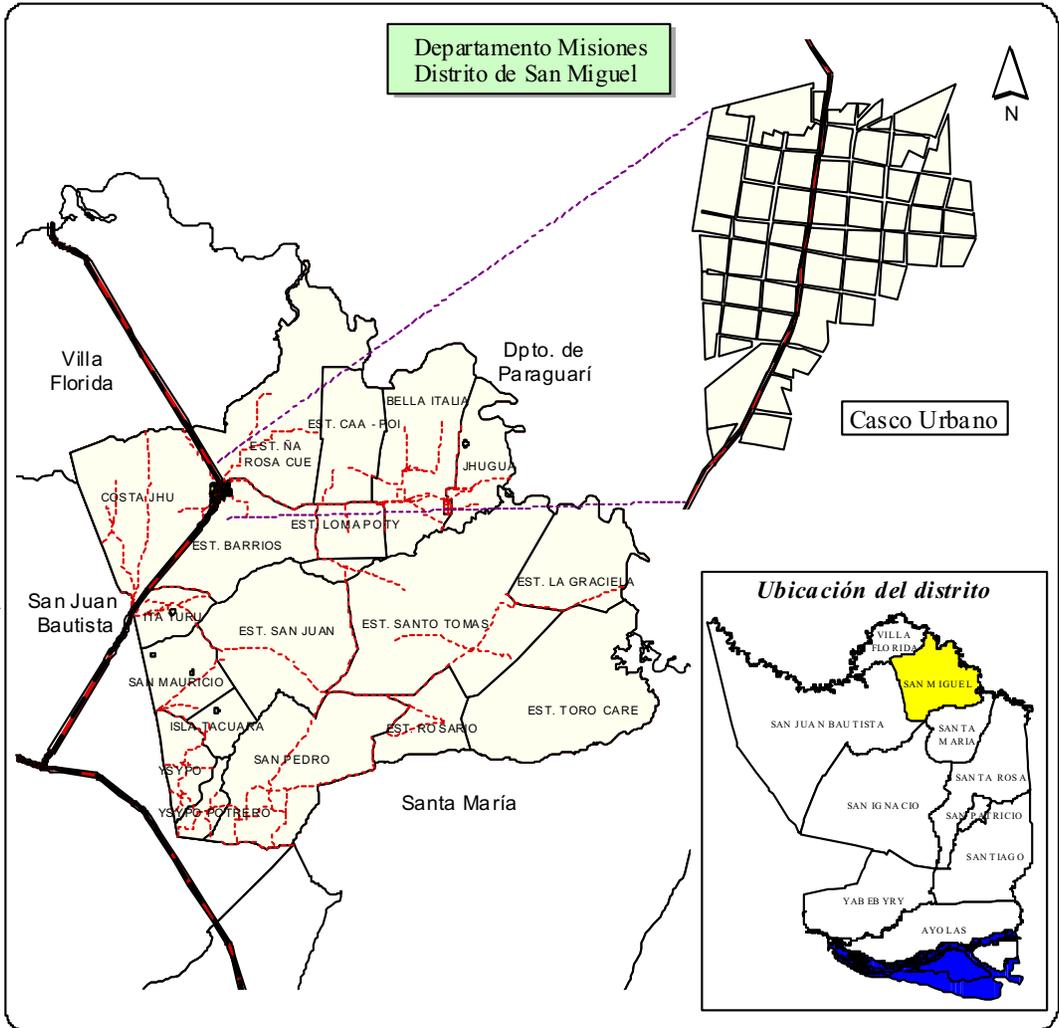
Este municipio se ubica al oeste del departamento de Misiones, estando rodeado de pequeños arroyos y afluentes del río Tebicuary. El mapa de la página siguiente nos ilustra mejor dicha descripción.

#### A.2. ELABORACIÓN DEL CONJUNTO DE SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES

En el Paraguay, al igual que muchos otros países latinoamericanos, los recursos que se destinan a los servicios de salud resultan insuficientes para proporcionar servicios básicos adecuados



**GRÁFICO 2: MAPA DE UBICACION DEL DISTRITO DE SAN MIGUEL - DEPARTAMENTO DE MISIONES**



para toda la población. Sin embargo el dilema del Paraguay es también revertir la orientación curativa del gasto, mejorar la eficiencia en su manejo, así como redistribuir con criterios de equidad el gasto en salud.

En ese sentido, es muy difícil determinar a priori si los volúmenes de dotación de recursos al sector son adecuados, y conviene reflexionar si el déficit de cobertura tiene su raíz en los recursos, o en la organización y modalidades operativas, o se explican por una combinación de dichos factores.

Es cierto que necesarios recursos adicionales, pero también debe fortalecerse la capacidad para hacer un uso racional, institucional y socialmente eficiente de los mismos, pues como se sabe, una gran parte de los recursos de salud se desperdicia por prácticas de

de administración deficientes y el empleo de tecnología, de recursos humanos y modelos de atención inadecuados; en ese sentido es bastante común observar una desarmonía en la dotación de recursos en los establecimientos sanitarios del MSPyBS, como por ejemplo en un Centro de Salud se cuenta con tres odontólogos y solamente un equipo odontológico obsoleto, o se cuenta con un quirófano equipado pero no existen cirujanos, etc.).

Para contribuir a preservar la salud y reducir el daño producido por las enfermedades utilizando mejor los recursos disponibles en forma tal que produzcan los mayores beneficios a la población en general, es que se deben establecer las prioridades en salud, que en los últimos tiempos se ha orientado a la definición de un Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE).

En el diseño de un CSSE se debe incorporar de manera explícita las opiniones de las personas/comunidad (representadas por el Consejo Local de Salud), las que al final serán las principales beneficiarias. De esta forma, tanto los representantes de la comunidad como los profesionales del sector salud priorizan las actividades a desarrollarse de acuerdo a sus necesidades locales. Se estima que un CSSE que considere de manera activa las opiniones de la comunidad, contará con un mayor apoyo social para su adopción, que uno diseñado solo desde el punto de vista médico.

### A.3. PRIMERA ETAPA: DIAGNÓSTICO

#### A.3.1. Esbozo del Modelo de atención y diagnóstico de salud

Para esbozar un modelo de atención que mejor pudiera prevenir y resolver las necesidades de salud de cada población se caracterizó la concepción de salud de los especialistas (funcionarios/as de salud) y sus prácticas del tratamiento de la salud-enfermedad y se trató de percibir, en forma indirecta, la práctica de los cuidados de la salud a cargo de los pobladores (autoatención). En esta fase se identificaron dos modelos médicos, el hegemónico y la autoatención.

La caracterización de la población atendida por los centros de salud y puestos de salud se realizó en base a información primaria mediante entrevistas a informantes claves, y accediéndose también a información secundaria, como ser los registros estadísticos. Los datos recabados fueron: número de pobladores según sexo y edad, nivel de escolarización, estratificación social, promedio de ingresos por familia, etc.

Para analizar la actual provisión de atenciones de salud, se indagó en los registros estadísticos del Centro de Salud de San Miguel sobre los servicios prestados, como ser: estratificación por edad y sexo de la población potencial, número de partos, usuarias en seguimiento (nuevas y continuadoras) de los métodos anticonceptivos, atención ambulatoria para identificar las 10 primeras causas de morbilidad, atención de los programas de salud y de servicios de apoyo diagnóstico. También se indagaron los motivos de consulta en emergencias médicas y los de hospitalización.

En base a los datos epidemiológicos, se pudo extraer una conclusión preliminar de la importancia de la priorización de las necesidades locales de salud. El cuestionario utilizado se basó en los siguientes datos:

- **Situación Epidemiológica:** número de casos de diarrea, número de casos de deshidratación en niños/as menores de 5 años, nivel de cobertura de control prenatal, porcentaje de niños/as con dosis completa de vacunas.
- **Nivel Socio-económico:** grupos sociales de más bajo ingreso o pobreza crítica, nivel de educación, problemas de acceso (comunicación, transporte, pago de bolsillo) para focalizar los subsidios/exoneraciones.
- **Servicios de salud disponibles:** identificando las actividades desarrolladas en los componentes promocional, preventivo, curativo y rehabilitación.
- **Servicios colectivos:** tipo de servicios sanitarios existentes, porcentaje de cobertura.

Posteriormente, se relevó información sobre el acceso actual a los servicios de salud y se infirió sobre la población insatisfecha de los servicios de salud, y la población no cubierta por la red existente, con la finalidad de formular criterios alternativos para la definición de las poblaciones beneficiarias. Para recabar esta información se aplicó el formato de utilización de servicios de salud<sup>25</sup>.

Para caracterizar las funciones de producción y posibilitar posteriormente el costeo de los servicios se recogió información sobre las funciones de producción de los establecimientos y los costos unitarios de los insumos de producción, incluyendo los recursos humanos, medicamentos, inversiones, aplicando los formatos de recursos para prestar servicios de salud y equipamiento<sup>26</sup>.

Se concluyó que el actual modelo de atención concentraba un esfuerzo importante del personal de salud y de gastos económicos en el tratamiento de la enfermedad. La única práctica médica reconocida por el personal de salud fue la del modelo hegemónico y desarrollada por el centro de salud. Se tenía escasa o nula información de las prácticas médicas efectivas practicadas por la población y del conocimiento de parteras empíricas y agentes comunales de salud.

El personal de salud identificó dos de cinco comunidades del área de influencia del centro de salud que se caracterizaba por contar con bajas condiciones de la infraestructura sanitaria, baja escolarización de los adultos, multiparidad y presencia de numerosos niños/as y ocupación laboral en forma esporádica e informal. En éstas comunidades denominadas Itayurú y Arazapé, el Centro de Salud cuenta en cada una de ellas un Puesto de Salud.

Posteriormente, el personal de salud identificó algunos puntos en los componentes de contenido y de gestión del servicio para readecuar la actual forma de entrega de los

---

25 Ver Anexo 7.

26 Ver Anexo 6 y 8.

servicios a la cultura de la práctica médica de la población. En lo que se que se refiere al contenido, se vio necesario reforzar las actividades de información, educación y provisión de servicios del programa de salud reproductiva y planificación familiar. En cuanto a la gestión se planteó incorporar más actividades de salud pública y de estrategias comunitarias para llegar con más servicios en las comunidades más empobrecidas.

La coordinación a nivel local estuvo a cargo de la directora del centro de salud de San Miguel, quien convocó a los miembros del Consejo Local de salud, maestros de la escuela primaria urbana y funcionarias del centro de salud. Este grupo de ciudadanos participó activamente durante el proceso de definición del contenido del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales de la comunidad.

### A.3.2. Actores para la elaboración CSSE

**Intendente Municipal:** Sr. Martín Jacquet González, es la máxima autoridad del municipio. Elegido por elección directa por un período de 5 años que culminará en diciembre de 2001.

**Directora del Centro de Salud:** Dra. Carmen Zorrilla de Ramírez y staff directivo. El Centro de Salud es el establecimiento sanitario más importante y de mayor complejidad de la ciudad.

**Gobernador del departamento de Misiones:** Está con problemas en su gestión, lo cual hace que se cuestione su permanencia en el cargo (fines del año 2000). No ha nombrado a un secretario de salud de la gobernación, pero conoce y trabaja en el sector. Ha manifestado que si avanza el proceso va a institucionalizar los esfuerzos. Actualmente transfiere recursos a los municipios para cubrir sus necesidades en salud locales.

**Miembros del Consejo Local de Salud y Concejales Municipales:** en el Consejo Local de Salud confluyen representantes de la comunidad, como ser miembros de la Cooperativa local, docentes, comisiones vecinales, así como también miembros del legislativo municipal (Concejales Municipales).

El trabajo coordinado entre la Municipalidad y el Centro de Salud puede ser potenciado, existen buenas relaciones actualmente. De hecho han realizado conjuntamente varias actividades, como ser la recaudación de fondos para lograr la compra y mantenimiento de una ambulancia, apoyo para la realización de campañas de vacunación, y otras. La persona que lidera el grupo es la directora del centro de salud, cuyas observaciones y comentarios son valorados.

Además, es importante repetir que los principales actores de todo este proceso también son los *propios usuarios y la comunidad entera*, que tal como se había mencionado en la primera parte del trabajo, constituyen un pilar fundamental a la hora de edificar y fortalecer un plan coordinado de entrega de servicios y más fundamentalmente cuando se trata de un bien tan preciado como es la salud.

### A.3.3. Situación socioeconómica y demográfica del distrito de San Miguel

En esta sección se conjugan varias fuentes de información con respecto a la población, por un lado se disponen los datos de la proyección de la población de San Miguel de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) sobre la base de datos del Censo Nacional de Población y Viviendas de 1992.

También, se han recogido datos provenientes del Centro de Salud de San Miguel, y finalmente se muestran datos del Censo Sociosanitario de San Miguel, organizado por el Consejo Local de Salud, el Centro de Salud y la Municipalidad de San Miguel con el apoyo del CIRD, USAID y el Cuerpo de Paz. Es importante mencionar que los datos aquí reflejados corresponden al casco urbano de la ciudad.

La **población total estimada** para el año 2000, de acuerdo a los datos de la DGEEC, asciende a 5.275 habitantes (aproximadamente 1.100 hogares). De ésta población, el 64% (3.368 personas) corresponde a la demanda potencial que podría acudir al Centro de Salud.

De acuerdo a los datos del **Censo Sociosanitario de San Miguel**<sup>27</sup> la población total de San Miguel asciende a 4.061 habitantes. Ésta población se distribuye de la siguiente forma: Dentro del casco urbano, en 1.397 personas y en el área rural 2.664 personas, cubriendo las poblaciones de San Miguel Rural (las estancias, con 190 habitantes) y las compañías de Itayurú y Arazapé (centros poblados rurales periféricos, con 2.474 habitantes). La población más vulnerable: pobre, con poca educación y que según la percepción de la directora del centro de salud requiere de más ayuda es la de Juguá (localidad perteneciente a Arazapé). La población no cubierta por el Centro de Salud constituye la de San Pedro, San Maurí, Isypó Potrero, Santa Librada e Isypó y se debe principalmente a las barreras geográficas.

CUADRO 1

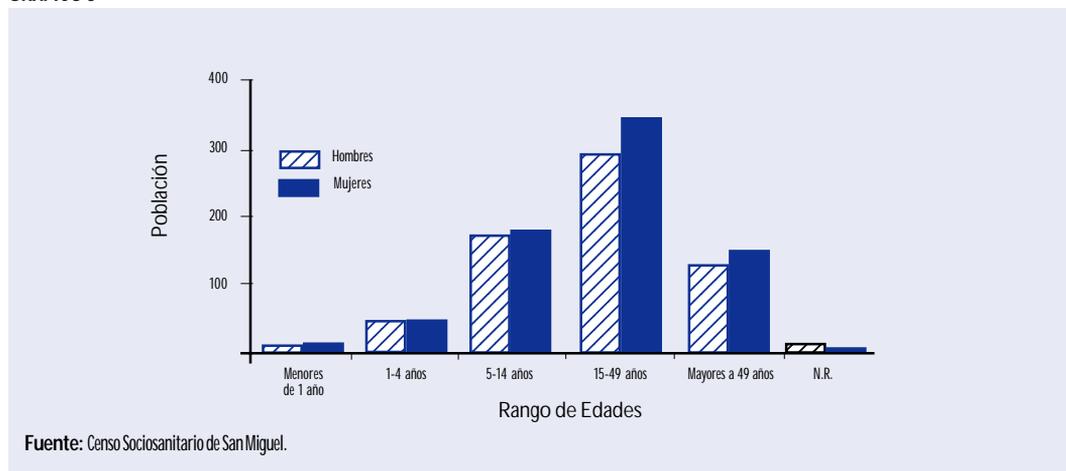
#### DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL POR EDAD

Grupo etáreo	Número	%
0 - 1 año	56	1,4
1 - 4 años	284	7
5 - 14 años	1080	26,6
15 - 49 años	1821	44,8
Mayor a 49 años	770	19
Población que no respondió edad	50	1,2
<b>Total</b>	<b>4.061</b>	<b>100</b>

Fuente: Censo Sociosanitario de San Miguel. Esta población incluye el casco urbano-rural (estancias) de San Miguel y las compañías de Itayurú y Arazapé.

27 Datos del Censo Sociosanitario de San Miguel – Misiones.

GRÁFICO 3



Cabe mencionar, que mediante la elaboración del Censo Sociosanitario realizado en San Miguel urbano-rural y en las compañías de Arazapé e Itayurú se pudieron actualizar los datos de la población del municipio. Anteriormente, se tenía una población del municipio de San Miguel de 3.378 personas, mientras que de acuerdo a los datos del Censo asciende a 4.061 habitantes, como se mencionó más arriba.

El 54% de la población total de mujeres del municipio de San Miguel (2.013) son mujeres en edad fértil (12 a 49 años). El mayor porcentaje de mujeres en edad fértil corresponde a la Compañía de Arazapé (56%), mientras que el menor corresponde a la compañía de Itayurú (47%).

La **población urbana** del municipio es de 1.397 habitantes, habiendo prevalencia femenina (52,9%) sobre la masculina (47,1%). El grupo etáreo más numeroso es el que está compuesto de la población comprendida entre 15 y 49 años (45%), seguido por el grupo antecesor en rango de 5 a 14 años (25,1%).

El 7,8% de la población urbana está formada por niños menores de 5 años, y la población femenina en edad fértil (12 a 49 años) representa el 30% de la población total y 55% del total de mujeres.

La pirámide poblacional ilustra de una manera más clara la estructura poblacional del área urbana de este municipio<sup>28</sup>.

En cuanto a las **actividades económicas** más importantes, ellas están constituidas por la agricultura, ganadería y artesanía (tejidos de algodón y lana). La mayoría de los pobladores son trabajadores independientes, y en la localidad de Juguá vive una mayoría de trabajadores rurales con muy bajo ingreso.

28 Ver anexo 5.

Del total de recursos que dispone la Gobernación de Misiones del Presupuesto General de Gastos de la Nación, sólo el 6% es destinado al área de la salud, tal como lo ilustra el cuadro siguiente.

CUADRO 2

**PRESUPUESTO DE LA GOBERNACIÓN DE MISIONES PARA EL AÑO 2000**

<b>Gobierno departamental</b>	<b>Misiones</b>
Presupuesto total (G.)	11.048.434.231
Presupuesto salud (G.)	673.077.200
Presupuesto salud (%)	6

**Fuente:** Presupuesto General de la Nación. Año 2000

Con respecto a los ingresos de la población, el siguiente cuadro ilustra dicha situación.

CUADRO 3

**INGRESO FAMILIAR ESTIMADO EN EL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL**

	<b>Ingreso familiar estimado Dic.99</b>	
	<b>Guaraníes *</b>	<b>US \$</b>
País	1.508.357	457
Departamento de Misiones	972.627	295
Municipio de San Miguel	794.240	241

**Fuente:** Elaboración propia en base al documento "Indicadores Básicos para la Focalización en Paraguay". \*Tipo de cambio 3.300 a Dic.99.

La ubicación del distrito en estudio, dentro del mapa de pobreza indica que el 36,2% de la población tiene un ingreso familiar inferior a la línea de pobreza ( Valor de la canasta básica de alimentos y no alimentos como los servicios básicos).

El distrito cuenta además con dos escuelas primarias y un colegio Nacional. La población del departamento de Misiones posee en promedio 4,3 años de estudios, es decir no llega al quinto grado de primaria. La tasa de analfabetismo (mayores de 15 años) del departamento es de 12,9% (CNPV 1992).

Los indicadores de deficiencia de servicios o de otras Necesidades Básicas Insatisfechas muestran que en el Municipio de San Miguel el 31,9%<sup>29</sup> de los hogares cuenta con necesidades básicas insatisfechas en infraestructura sanitaria, es decir, en agua segura o potable y en disposición adecuada de excretas (letrinas, desagüe).

Tal como lo muestra el Cuadro 4, el 20,3%<sup>30</sup> de la población total dispone de agua potable (porcentaje de la población con acceso a un suministro de agua apta para el

29 DGEEC Censo Nacional de Población y Viviendas 1992.

30 DGEEC Censo Nacional de Población y Viviendas 1992.

CUADRO 4

	% Población con agua potable	% Población con agua segura	% Vivienda con alcantarillado	% Vivienda con baño conectado a pozo ciego
País	30,1	58,2	7,7	27,2
Departamento de Misiones	21,0	63,9	4,6	21,0
Distrito de San Miguel	20,3	66,5	0	15,1

Fuente: DGEEC. CNPV 1992

consumo como por ejemplo de CORPOSANA, SENASA, o Red privada) y el 66,5% de agua segura (comprende aguas superficiales no depuradas pero no contaminadas como por ejemplo los pozos). El municipio no cuenta con un sistema de red de alcantarillado público, como tampoco de recolección de basuras; y además, sólo el 15,1% del total de viviendas dispone de baños conectados a pozos ciegos.

De acuerdo a los datos del Censo Sociosanitario de San Miguel el 61,7% de las viviendas urbanas cuentan con baño moderno conectado a pozo ciego; el 71% y 18% de las mismas poseen agua potable y segura, respectivamente. Mientras que en la zona rural, específicamente en Arazapé, sólo el 21% de las viviendas poseen baño moderno conectado a pozo ciego, el 34% de las viviendas cuentan con agua potable y el 55% con agua segura. En la compañía de Itayurú, el 33% de las viviendas tienen baño moderno conectado a pozo ciego, el 63% poseen agua segura (pozo), y no poseen agua potable.

Dentro del casco urbano las calles son empedradas y están en buen estado de conservación, los pobladores de las localidades de San Pedro y Arazapé deben trasladarse por vía terrestre pagando un pasaje de G. 20.000 (US\$ 5-6), principal causa para no acudir al Centro de Salud de San Miguel.

#### A.3.4. Situación de la Oferta de Salud

El municipio de San Miguel cuenta con una red de servicios de salud conformada por los siguientes establecimientos de salud: Un centro de salud y tres puestos sanitarios, y no existen establecimientos de salud del Instituto de Previsión Social (IPS), ni privados. Sólo existe una farmacia privada.

CUADRO 5

Personal	Relación con el MSPBS
1 médica general	Nombrada
2 obstetras (técnicas)	Nombradas
3 auxiliares de enfermería	Nombradas
1 estadígrafa	Nombrada
1 odontóloga	Nombrada
1 chofer	Contratado
1 limpiadora	Nombrada
1 sereno, mantenimiento	Contratado
1 auxiliar de enfermería	Contratado por el C.L.S.

Fuente: Datos del Centro de Salud de San Miguel

En las compañías de San Pedro, Arazapé e Itayurú se encuentran los tres puestos de salud. Cada uno de éstos puestos, cuenta con una auxiliar de enfermería y una obstetra. Además, existen 2 parteras empíricas en Arazapé y 5 promotores de salud. Estos promotores son capacitados por la Regional Sanitaria, se limitan a la distribución y administración de sobres de rehidratación oral, a la detección

precoz de enfermedades y la derivación oportuna de los usuarios/as al centro de salud.

Las poblaciones de las compañías que no cuentan con puestos de salud acuden a establecimientos de salud del municipio de San Juan, por facilidad de

acceso geográfico. Se refiere a los usuarios en casos de menor complejidad quienes recurren al Hospital de San Juan y en casos de mayor complejidad al Hospital de Itauguá Guazú y al Hospital de Clínicas de Asunción. También existe un personal bioquímico del sector privado que extrae muestras en el centro de salud y a precios hospitalarios (accesibles).

### Centro de Salud

El salario bruto anual promedio total de todo el personal del Centro de Salud a febrero del 2000 asciende a G. 94.885.000.- (U\$S 28.753, tipo de cambio 3.300).

La población urbana de San Miguel mencionó de que en caso de necesitar atención médica acudiría al Centro de Salud el 71%, el 16% se trasladaría fuera del distrito (al sector privado e IPS) y el 11% no respondió (Fuente: Censo Sociosanitario).

La *infraestructura actual* es la siguiente: Edificio de material noble (ladrillo) con instalación de agua potable, electricidad y generador eléctrico para emergencias. Cuenta con área verde de aproximadamente 200 m<sup>2</sup>. Este jardín rodea completamente al edificio central. Están en funcionamiento tres consultorios: uno para pediatría, uno para gineco-obstetricia y otro para medicina general y urgencias.

Existe otro ambiente equipado para atención odontológica. Tiene dos salas de internación, cada una con 2 camas. También cuenta con una sala de partos: mesa para partos y mesa para atención del recién nacido. Además está el quirófano o sala de operaciones que dispone de una mesa quirúrgica, tres lámparas cialíticas e instalación de luz ultravioleta. No cuenta con máquina de anestesia ni aspiradores. En otro ambiente tiene un área destinada a esterilización: autoclave y estufa. Los ambientes adicionales: Oficina de administración, almacén de medicamentos, área de cocina, lavandería 5 baños modernos y garaje.

*Los programas de salud* que actualmente se desarrollan son:

- Programa ampliado de vacunaciones (PAI)
- Programa de enfermedades de transmisión sexual y SIDA (ETS/SIDA)
- Programa de nutrición: control de consumo de yodo
- Vigilancia y control del niño sano
- Programa de planificación familiar
- Programa materno-infantil

CUADRO 6

#### DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL

Servicio	Horario	Frecuencia
Consulta ambulatoria	7 a 17 h.	Lunes a Viernes
Programas de salud	7 a 17 h.	Lunes a Viernes
Consulta odontológica	7 a 15 h.	Una vez p/semana (Viernes)
Laboratorio	7 a 8:30 h.	Viernes*
Urgencia	24 horas	Todos los días**

\* Privado (tercerizado) \*\* 2 auxiliares por turno

### A.3.5. Utilización de servicios de salud

La utilización de los servicios es escasa y el tipo de patología corresponde al primer nivel de complejidad. Se han agrupado los servicios en tres grupos: atención curativa, atención preventiva promocional y atención de emergencia.

#### a) Servicios de atención curativa

Los servicios de atención curativa con información disponible son los servicios de consulta ambulatoria y de odontología. En el Cuadro 7 se muestra la prevalencia de la infección respiratoria leve y las parasitosis como causa de consulta. Se debe señalar que existen atenciones que no se registran por ausencia de codificación en el formato de registro del MSP y BS y que originan frecuentes consultas. Estas patologías son: leucorrea (vaginitis), dermatitis, gastritis, hemorragias y lumbalgia. En el año 1999, en el Centro de Salud de San Miguel no se registraron casos de tuberculosis y se refirieron dos casos de desnutrición.

CUADRO 7

DIEZ CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ATENCIÓN EN CONSULTA AMBULATORIA - 1999		
Diagnóstico	N. de casos	%
Infección respiratoria leve	211	42
Parasitosis	57	11
Hipertensión arterial	53	11
Infección urinaria	33	7
Cefalea	28	6
Piodermitis	16	3
Alergia	14	3
Conjuntivitis	13	3
Diarrea sin deshidratación	11	2
Mordedura de perro	10	2
Subtotal	446	89
Total	503	100

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos del Centro de Salud de San Miguel

CUADRO 8

ATENCIÓNES POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN CONSULTA AMBULATORIA - 1999			
Edad	Sexo	N. de casos	%
0 - 1 año	M y F	79	16
1 - 4 años	M y F	56	11
5 - 14 años	M y F	165	33
15 - 19 años	F	25	5
15 - 19 años	M	11	2
19 - 39 años	F	41	8
19 - 39 años	M	8	2
40 - 49 años	F	40	8
40 - 49 años	M	13	3
50 a más	M y F	65	13
<b>Total</b>		<b>503</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos del Centro de Salud de San Miguel

Acerca del grupo poblacional que consulta más frecuentemente es el de niños de 5 a 14 años de ambos sexos, seguido de los menores a 1 año tal como lo ilustra el Cuadro 8.

En el servicio de odontología se hicieron un promedio de 50 atenciones por mes durante el año 1999, ver Cuadro 9. El precio promedio de las consultas (Marzo, 2000) es de Gs. 7.000, las extracciones Gs. 10.000 y los trabajos de limpieza Gs. 3.000. Como se ve en Cuadro 8 el grupo poblacional que se atendió más es el de mujeres mayores de 15 años no embarazadas. El servicio de odontología preventiva para las embarazadas es gratuito, pero según las funcionarias, este servicio se promocionó muy poco entre las mismas. Además, falta integrar los distintos servicios dirigidos a la mujer (para sí misma) a fin de brindar un servicio más eficiente, teniendo en cuenta que bajo su responsabili-

dad se encuentra el cuidado de la salud de todo su grupo familiar.

Los estudios laboratoriales están a cargo de una bioquímica, quien viene al Centro de Salud cada quince días para recoger las muestras y posteriormente envía los resultados al establecimiento de salud. El total de lo recaudado se destina al pago de esta profesional, y se acordó conjuntamente un precio de atención más bajo que del privado y la exoneración a los insolventes.

El quirófano no se utiliza actualmente debido a la falta de ciertos instrumentales y personal auxiliar.

### b) Servicios de atención preventiva

Los resultados del *programa PAI* (Programa Ampliado de Inmunizaciones) de enero a diciembre de 1999 reflejaron que:

El 89% de los niños de entre 12 y 23 meses han tenido vacunación completa y las mujeres embarazadas con vacunación antitetánica completa: 30%.

Del *control prenatal*<sup>31</sup> se han recogido los siguientes datos:

- 12 Embarazadas de bajo riesgo captadas antes del cuarto mes
- 12 Embarazadas de bajo riesgo que cumplieron 5 o más controles prenatales
- 4 Embarazadas de alto riesgo captadas antes del cuarto mes.
- 3 Embarazadas de alto riesgo que cumplieron 5 o más controles prenatales.

En el Centro de Salud de San Miguel de Enero-1999 a Febrero-2000 se realizaron 36 partos, de los cuales 16 embarazadas acudieron antes del 4to. mes y una tuvo controles menores a 5, es decir que sólo el 42% del total de partos realizados en el Centro de Salud cumplió con lo que establece el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Mientras que 20 embarazadas no acudieron a tiempo en su primera consulta, es decir acudieron después del 4to. mes de embarazo, y de éstas 16 fueron consideradas de alto riesgo

CUADRO 9

#### REPORTE DEL SERVICIO DE ODONTOLÓGIA - 1999

Tipo de Atn.	Edad	Sexo	N. de atenciones	%
Obturación	< de 15 años	M y F	89	18
Obturación	Embarazadas	F	1	0
Obturación	> de 15 años no embarazadas	F	134	26
Obturación	> de 15 años	M	29	6
Extracción	< de 15 años	M y F	62	12
Extracción	> 15 años no embarazadas	F	61	12
Extracción	> de 15 años	M	19	4
Inspección bucal	< de 15 años	M y F	46	9
Inspección bucal	> de 15 años	M y F	65	13
Total			503	100
Urgencias			34	

Fuente: datos del Centro de Salud de San Miguel

< menor > mayor

CUADRO 10

#### RESULTADOS DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR\*

	N.	%
Usuarías de anticonceptivos orales	21	3,8
Usuarías de DIU	24	4,3
Usuarías de preservativos	18	3,2
Ovulos	2	0,4
Depoprovera	46	8,3
Total usuarias efectivas	111	20,0
Total MEF potenciales usuarias	554	100,0
Total de MEF (12 - 49 años)	1320	

\* Dic. 99

31 El MSP y BS considera 5 y más controles como el número adecuado de controles para un embarazo de bajo riesgo.

(embarazadas con hipertensión, con anemia, etc. que acudieron muy tarde para su control).

Cabe destacar, que la mayoría de las embarazadas acudieron tarde a su control en el Centro de Salud, debido a que en su mayoría ya se realizaron previamente controles pre-natales en los puestos de salud.

El total de embarazos detectados en el Centro de Salud fue de 41, de los cuales como se mencionó anteriormente 36 partos se realizaron en el Centro de Salud y 5 se derivaron a otros centros asistenciales, siendo la causa de la derivación embarazos considerados de alto riesgo (mellizos, alto grado de anemia, etc.).

En el Cuadro 10 se puede apreciar la baja cobertura del programa de planificación familiar, que llega al 20%.

### c) Servicio de atención de emergencia

Como se ve en el Cuadro 11 se atendieron 290 casos en el servicio de emergencia durante todo el año 1999, un promedio de 0.8 casos por día. En el cuadro 12 se observa que del total de atenciones un 36% no eran urgencias ni emergencias. En Cuadro 13 se puede apreciar el grupo poblacional que se atendió en mayor proporción fueron las mujeres en edad fértil (23%) seguido del grupo de los niños comprendidos entre 1 y 4 años de ambos sexos (22%)

Los programas desarrollados evidencian una priorización de las atenciones

CUADRO 11

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ATENCIÓN EN EMERGENCIA		
Diagnóstico	N. de casos	%
Reacción alérgica respiratoria	48	17
Amigdalitis	30	10
Resfriado común / catarro	26	9
Control de tensión arterial	24	8
Crisis hipertensiva	24	8
Herida cortante superficial	24	8
Cólico abdominal	10	3
Diarrea sin deshidratación	10	3
Cefalea	7	3
Subtotal	203	67
<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia en base a datos del centro de salud de San Miguel. 1999

CUADRO 12

TIPO DE ATENCIÓN REALIZADAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA		
Tipo de atención	N. de casos	%
Emergencias	81	28
Urgencias	104	36
No urgencias	105	36
Total	290	100
Atenciones por día	0.8	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del centro de salud de San Miguel. 1999

CUADRO 13

ATENCIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA		
Grupo etáreo	Sexo	%
0 - 1 año	M y F	4
1 - 4 años	M y F	22
5 - 12 años	M y F	14
12 - 49 años	F	23
12 - 49 años	M	16
49 - 60 años	M y F	9
61 a más años	M y F	11
<b>Total</b>		<b>100</b>

Fuente: Datos del centro de salud de San Miguel. 1999

curativas y de emergencia. Sin embargo el tipo de patología atendida indica la necesidad de fortalecer los servicios preventivos, como la atención de las infecciones respiratorias agudas, y la de contar con un programa para el control apropiado de hipertensión arterial.

Otro resultado es la escasa utilización de los servicios de salud: un promedio de 0.8 atenciones de emergencia por día; y 12,5 atenciones por día en el servicio de odontología.

Finalmente, es preciso mencionar que de acuerdo a la percepción de las funcionarias del Centro de Salud de San Miguel se atiende principalmente a la población de escasos recursos (20% de la población total, incluye a las personas provenientes de zonas aledañas al municipio), pues por el acceso geográfico la población con mayores recursos acude al hospital de San Juan (localizada a 30 km. de carretera asfaltada); éste hospital tiene especialistas y mayor equipamiento para realizar actividades de apoyo diagnóstico: laboratorio e imagenología.

#### A.4. SEGUNDA ETAPA: DEFINICIÓN DEL CONTENIDO DEL CSSE

En esta etapa se describen los distintos trabajos realizados en un taller con los miembros de la comunidad, que incluye: a) Listado preliminar de actividades de salud, b) Selección de las prestaciones y c) Protocolización de actividades.

##### a. Listado preliminar de actividades de salud

En la primera parte del taller se logró elaborar un listado de todas las actividades que potencialmente se incluirían en el CSSE del municipio de San Miguel. Para lograr esto se organizó a los participantes en tres grupos: «Arco Iris», «Sí dengue» y «Sol»<sup>32</sup>. Posteriormente, con base a un listado inicial propuesto por la consultora<sup>33</sup> de 66 actividades<sup>34</sup> Cada grupo seleccionó las actividades y sub-actividades que consideró más apropiadas para satisfacer las necesidades de salud en San Miguel, lo que produjo un listado de 45 actividades<sup>35</sup>. Además incluyeron más actividades de salud de acuerdo a la realidad local.

En términos más específicos, el proceso metodológico que se ha seguido para la determinación del conjunto de actividades de salud prioritarias contempla en primer término la fijación del objetivo que consiste en “lograr una lista de actividades consensuadas de salud que respondiera convenientemente a las necesidades de salud de los pobladores (as) del municipio de San Miguel.”

##### b. Selección de actividades del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE)

El listado anterior sirvió de base para la selección de un conjunto más reducido de actividades prioritarias.

32 Cada grupo eligió un nombre representativo. El nombre «Sí dengue» se debe a la actual campaña contra el dengue en Paraguay.

33 La Dra. Cecilia Má es Consultora de Bitran & Asociados, Empresa que ha realizado el trabajo de consultoría para el diagnóstico y diseño de CSSE.

34 Ver Anexo 1.

35 Ver Anexo 2.

Se presentaron siete criterios de priorización, los cuales ayudaron a delimitar la problemática de salud y a configurar en concordancia con la misma las alternativas de respuestas. Para la selección de los criterios se tuvo en cuenta la información recogida en la primera etapa del diagnóstico, tales como: información epidemiológica, servicios de salud existentes, diversidad e intereses de los actores que participan del proceso, etc.

Los criterios para priorizar fueron discutidos en plenaria. Se propusieron siete criterios posibles, de los cuales se debían elegir cinco. A continuación se presentan todos los criterios expuestos:

**1) Pertinencia:**

El servicio está contemplado en los objetivos del Ministerio de Salud Pública o Bienestar Social (MSPy BS) o bien responde a necesidades sentidas o expresadas por la población, detectadas por métodos objetivos como encuestas de salud y estudios epidemiológicos locales.

El servicio aborda un problema prevalente, incidente o grave, que puede ser abordado desde la atención primaria.

**2) Eficacia:**

Calificación del grado de realización del logro de los objetivos del servicio. El servicio recoge actividades sobre cuya eficacia existe evidencia científica o al menos consenso científico entre expertos. Relacionado con indicadores de: disponibilidad, cobertura, calidad de los recursos.

**3) Eficiencia:**

Constituye la relación favorable entre los servicios brindados y los recursos empleados. El servicio es evaluable mediante indicadores de rendimiento, utilización, costos, beneficios.

El servicio tienen definido claramente una población objetivo y sus proveedores.

**4) Factibilidad:**

El servicio es factible o realizable con los recursos disponibles (humanos, financieros, tecnológicos, etc.) o existe la posibilidad de realizar los cambios necesarios en la organización.

El servicio se incorpora dentro de una red asistencial.

**5) Orientación al usuario:**

El servicio debe ser enunciado de forma comprensible para la comunidad.

El servicio supone una mejora de la accesibilidad para el usuario.

**6) Calidad del proceso de atención**

Aquella atención de la cual se espera que maximice la satisfacción del bienestar del paciente. El servicio está sustentado en un programa o protocolo que cumple los criterios de acreditación. La organización que implementa el servicio tiene un sistema de evaluación.

## 7) Efectividad - Impacto

Expresa los cambios que la prestación de servicios produce en la comunidad. El servicio contribuye a mejorar el estado de salud de las personas ó el servicio evita el deterioro del estado de salud de las personas.

Mediante la discusión en plenaria se seleccionaron los siguientes 5 criterios: Eficacia, Factibilidad, Eficiencia, Pertinencia y Calidad del proceso de atención.

Luego de la evaluación de los criterios de priorización, cada participante desarrolló 8 matrices TNG, una por cada uno de los servicios del listado de actividades de salud. En esta matriz se asignó un puntaje entre 1 y 6 a cada actividad según cada criterio. De este modo, el puntaje mínimo posible era 5 y el máximo 30.

Un ejemplo de desarrollo de matriz TNG de calificación se muestra en el Cuadro 14.

El resultado de la puntuación asignada a cada actividad por cada participante se sumó y se colocó en una hoja de cálculo para estimar el puntaje promedio asignado por todos los participantes a cada actividad. Luego se ordenaron las actividades de mayor a menor puntaje dentro de cada servicio, en forma decreciente según su puntaje.<sup>36</sup>

Con el listado de actividades y su puntaje se procedió a discutir cuáles serían las más importantes a incluir, pues 45 actividades conforman un grupo muy amplio. Para reducir este listado en algunos casos se logró reunir dos o tres actividades en una sola y en otras se eliminó. El criterio utilizado fue la experiencia desarrollada en la ejecución de actividades de salud por funcionarias del centro de salud de San Miguel.

El listado final de actividades que consta de 21 actividades prioritarias se aprecia en el Cuadro 15. Un resumen de la secuencia de la selección de actividades se encuentra en la sección Anexos<sup>37</sup>.

CUADRO 14

MATRIZ TNG DE CALIFICACIÓN						
ACTIVIDADES	CRITERIO 1 Eficacia	CRITERIO 2 Factibilidad	CRITERIO 3 Eficiencia	CRITERIO 4 Pertinencia	CRITERIO 5 Calidad de la atención	TOTAL
SERVICIO						SUMA DE LOS PUNTAJES
Actividad 1	3	2	5	2	6	18
Actividad 2	4	2	5	1	2	14

<sup>36</sup> Ver Anexo 3.

<sup>37</sup> Ver Anexo 4.

### c. Protocolización de las Actividades del CSSE

Luego de definir el conjunto de 21 actividades que constituirán el CSSE del municipio de San Miguel, se procedió a protocolizar cada una de las actividades. Para esto se utilizaron las matrices A y B. La **matriz A** tiene el propósito de definir un responsable del desarrollo de la actividad y el lugar donde se desarrolla (ver Cuadro 16). El responsable

CUADRO 15

#### LISTADO FINAL DE 21 ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA EL CSSE DEL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL, MISIONES

##### SERVICIO DE PROMOCION DE SALUD

1. Educación grupal sobre uso de servicios de salud (a)
2. Organización y asesoría de consejo de salud

##### SERVICIO DE ATENCION A LA MORBILIDAD

3. Atención a las urgencias
4. Servicio de odontología (b)
5. Consultas a demanda ©

##### SERVICIO PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE

6. Vacunaciones
7. Educación para la salud en la escuela (d)
8. Vigilancia y control del crecimiento
9. Examen de salud escolar
10. Administración de micronutrientes y desparasitación

##### SERVICIO PARA ASISTENCIA DURANTE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO

11. Control de embarazo (e)
12. Parto (actividad incluida por autoridades del Centro de Salud)
13. Consulta puerperal

##### SERVICIO ORIENTADO A LA MUJER

14. Consulta de planificación familiar
15. Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico

##### SERVICIO PARA EL ADULTO Y EL ANCIANO

16. Consulta de enfermedades crónico degenerativas (f)

##### SERVICIO DIRIGIDO A LA COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE

17. Vacunación antirrábica
18. Vigilancia y control de vectores (g)
19. Educación ambiental
20. Atención a las denuncias higiénico sanitarias

##### SERVICIO DE MEDICAMENTOS

21. Gestión de medicamentos y gestión de vacunas

(a) Las actividades de educación grupal para prevención de ETS y SIDA, educación sobre el uso de medicamento y aprovechamiento de frutos locales en nutrición se incorporarán en la actividad de educación grupal sobre uso de servicios de salud.

(b) Las curaciones de caries y enjuagues y aplicaciones de flúor se incorporarán en el servicio de odontología.

(c) Las transferencias de casos desde las compañías y la educación individual para la salud se incluirán en consulta a la demanda.

(d) Las actividades de trabajo con profesores, educación a grupos de adolescentes, educación a grupos de padres, educación para el consumo de sal yodada y consulta de orientación sexual para jóvenes se incluirán en educación para la salud en la escuela.

(e) La promoción de la lactancia materna y la educación maternal en grupos se incluirá en el control del embarazo

(f) Las actividades de consulta para riesgo cardiovascular y diabetes, la consulta neurológica, cardiológica y oftalmológica se incluyen dentro de las consultas de enfermedades crónico degenerativas.

(g) Las actividades de investigación de brotes epidémicos y atención a denuncias higiénico sanitarias se incorporarán en vigilancia y control de vectores

debe definirse como categoría profesional. La **matriz B** sirve para especificar la función de producción de cada actividad de salud (ver Cuadro 17). Esta información es la base para la estimación de costos.

El taller fue exitoso por la adaptación de los participantes a esta metodología en forma rápida y entusiasta. Todos los participantes manifestaron sus opiniones en forma apropiada y existía cordialidad entre el personal del centro de salud y los representantes de la comunidad.

La única dificultad notoria fue la definición de indicadores clave de desempeño para cada actividad en la matriz B de protocolización. Al parecer el personal de salud posee poco entrenamiento en uso de información relevante para la toma de decisiones en la planificación y desarrollo de los servicios de atención y promoción de la salud.

#### A.5. TERCERA ETAPA: COSTEO DE LAS ACTIVIDADES PROTOCOLIZADAS

El cálculo del costo del *Conjunto de Servicios de Salud Esenciales* (CSSE) se efectuó para los 8 servicios con 21 actividades y las correspondientes sub-actividades<sup>38</sup> a ser realizadas en el nivel 2 de complejidad, como lo constituye el Centro de Salud y los Puestos de Salud de la Ciudad de San Miguel, en el Departamento de Misiones.

CUADRO 16

MODELO DE MATRIZ A.					
Servicio	SALUD DE LA MUJER				
ACTIVIDAD	ESCENARIO				
	Hogar	Centro escolar	Centro de trabajo	Establecimiento de salud	Comunidad
Control prenatal	Promotor capta a embarazadas que no acuden a control prenatal			Médico: realiza los controles prenatales	
Vacunación	Auxiliar de enfermería				

CUADRO 17

EJEMPLO DE DESARROLLO DE MATRIZ B.				
Servicio	SALUD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE			
ACTIVIDAD	Vacunación			
RESPONSABLE	Auxiliar de Enfermería			
COMO	CON QUÉ	FRECUENCIA	INFORMACION QUE GENERA	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
Aplica la dosis correspondiente	POLIO DPT	Esquema de vacunación	Número de niños entre 12 y 23 meses con esquema de vacunación completo	Al médico si presenta fiebre por más de 3 días.

38 Ver Anexo 11

La determinación del costo del CSSE consistió en estimar el costo recurrente de los recursos necesarios ex ante de la prestación de los servicios de salud, tomando el periodo de un año. Esto implica realizar un pormenorizado análisis del nivel de producción esperado para cubrir a toda la población beneficiaria de los distintos servicios que comprende el CSSE y los gastos a ser incurridos que están asociados a su producción.

Para cada uno de los servicios de salud componentes del CSSE se determinaron cantidades anuales de producto y se hicieron estimaciones de costo de estos servicios. Esto se logró mediante el uso de una variedad de modalidades de recolección de datos para identificar y cuantificar las cantidades y costos de los diversos recursos utilizados para producir servicios de salud según lo observado en el Centro de Salud de San Miguel. El objetivo general de esta parte del estudio fue determinar y medir las cantidades de los diversos recursos y el "costo" de estos recursos a precios que reflejen la cantidad de fondos que se deben utilizar para garantizar la prestación del CSSE a los beneficiarios.

El costo de materiales, insumos y medicamentos que constituyen donaciones (Ejemplo: insumos de Planificación Familiar) se estimó teniendo en cuenta el precio de referencia utilizado por el Nivel Central del MSPyBS, y en ausencia de estos se utilizaron los precios de mercado.

#### A.5.1. Recolección de datos

Los datos que se usaron para estimar el costo de la prestación de servicios básicos de salud se obtuvieron de cuatro fuentes: (1) Registros y datos del establecimiento y entrevistas al personal entendido en la materia; (2) Formularios del protocolo realizado para cada actividad del CSSE, como ser el 1er. formulario donde se especifica cada actividad o subactividad y los responsables, y el 2do. Formulario en el cual se especifica cómo y con qué realizar la actividad, la frecuencia anual, la información que genera y la referencia y contrarreferencia respectiva (3) Proveedores de bienes y servicios existentes en el mercado; y (4) Niveles administrativos por encima y también fuera de la organización (MSPyBS nivel central, Agencias Cooperantes, etc.).

### A.6. CUARTA ETAPA: FINANCIAMIENTO DEL CSSE

#### A.6.1. Fuentes de financiamiento: Construcción de distintos escenarios

Actualmente, la más importante fuente de financiamiento de la red de salud del municipio de San Miguel es el monto que destina el MSP y BS para pago de remuneraciones del personal (la entrega de insumos médicos y medicamentos casi ya no lo realizan). Otra fuente de financiamiento proviene del monto recaudado en concepto de arancel, cuyo monto es aproximadamente de Gs. 500.000 mensuales (US\$151.00). Cabe mencionar, que en el cobro del arancel no se tiene en cuenta el costo real del servicio y todo lo recaudado se deposita en el Ministerio de Hacienda, no pudiendo disponer el Centro de Salud de dicha recaudación.

El municipio aporta para algunos casos específicos como pago del medio de transporte para las campañas de vacunación. Mientras que el gobierno departamental no ha realizado ninguna entrega de recursos. El Consejo Local de Salud realiza actividades con el fin de recaudar fondos para destinarlo al Centro de Salud.

CUADRO 18

**ARANCELES COBRADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL**

Servicio	Arancel *
Consulta médica	G. 3.000 (0,91 US\$)
Curaciones	G. 2.000 (0,60 US\$)
Cirugía menor	G. 5.000 (1,50US\$)
Parto	G. 20.000 (6,0 US\$)
Uso de sala quirúrgica	G. 100,000 (30.30 US\$)

\* Tipo de cambio G. 3,300 por 1 US\$. Febrero 2000.

Los usuarios pagan por la atención de salud un arancel mínimo (Ver Cuadro 18), excepto en caso de vacunaciones y en atenciones para niños.

El cobro de aranceles es discrecional. No existe una lista publicada. Las exoneraciones se hacen de acuerdo al criterio de la persona que cobra y en otras ocasiones al criterio de la directora del establecimiento (previa entrevista o declaración de insolvencia del paciente).

CUADRO 19

**PROPORCIÓN DEL INGRESO FAMILIAR DESTINADO A CONSULTAS AMBULATORIAS**

Ingreso promedio familiar mensual (Guaraníes)	794.240
Ingreso promedio familiar mensual (US\$)	241
Arancel por consulta (Guaraníes)	3.000
Consultas anuales per cápita (MSPBS %)	1,5
Consultas anuales por familia	6,75
Costo anual de consultas por familia (Guaraníes)	20.250
Gasto anual de consultas como % del Ingreso	2,6

**Fuente:** Elaboración propia en base a datos de documentos nacionales. Tipo de cambio 3,300 a Dic. de 1999.

Como se muestra en el Cuadro 19 es muy probable que el quintil de más bajo ingreso tenga limitaciones económicas para acceder a la atención curativa en los servicios públicos de salud, a excepción de las atenciones gratuitas (atenciones para niños y vacunaciones).

### A.6.2. Implicancias de la Inversión en Salud

Es mundialmente reconocida y aceptada la idea que la salud es un derecho básico de todas las personas, además de ser factor fundamental para el desarrollo socioeconómico sostenido de un país. La salud junto con la nutrición y la educación forma parte del capital humano del que disponen las personas y toda la sociedad.

La salud primaria es un derecho básico de toda la población, es decir debe existir una cobertura equitativa de dicho servicio entre todos los miembros de las familias y la sociedad. Por otro lado, la coexistencia de la eficiencia en dicha provisión es un requisito indispensable.

Una de las aristas de los servicios de salud se refiere a la salud preventiva. Si tuviéramos que analizar entre dos escenarios: El primero donde existe poca prevención y otra donde existe una adecuada atención a la prevención de enfermedades; se estima para el primero gastos futuros en salud elevados.

Por tanto, la salud primaria más la salud preventiva contribuyen a que todas las personas puedan acceder a los servicios, lo que contribuye a mejorar la equidad en el servicio. También contribuye a la eficiencia, porque el sistema primario satisface la demanda a bajo costo y canaliza pacientes hacia niveles superiores; y por el lado de la salud preventiva, evita elevados costos de tratamientos futuros.



Relacionando la atención de la salud primaria y la preventiva con el CSSE, ésta se constituye en estrategia equitativa y eficiente para mejorar la salud de la población y así contribuir a un mayor progreso social y económico.

Por dichas razones, la responsabilidad de proveer, mejorar y financiar los servicios de salud es amplia y abarca al gobierno nacional, local, las personas y la sociedad toda.

Además la inversión se orienta hacia actividades específicas o globales teniendo en cuenta los objetivos fijados por la entidad que financia dicha inversión.

El impacto del gasto público en la salud es positivo siempre y cuando los gobiernos persiguen los objetivos de eficiencia y equidad en forma simultánea. Porque si los programas de salud entregan sus servicios en forma rápida y con costos realistas, pero gran parte de la población (especialmente el segmento poblacional que se encuentra bajo la línea de pobreza) no puede acceder a los mismos, entonces la inversión es eficiente pero inequitativo. Por ello es muy importante que todos los esfuerzos estén orientados a conseguir ambos objetivos y de esa forma colaborar para construir un perfil sanitario de la población que sea deseable y que contribuya a lograr el ansiado desarrollo socioeconómico no solo de la comunidad sino también de todo el país.

### A.6.3. Situación de San Miguel

El estudio de caso llevado adelante en la comunidad de San Miguel tuvo por objetivo, tal como se ha descrito en los ítems precedentes, el diseño de un CSSE de atenciones primarias y preventivas para el distrito<sup>39</sup>. Otro de los puntos propuestos en la investigación, fue el cálculo de los costos de provisión del CSSE y necesidades de financiamiento adicional y finalmente proponer estrategias de financiamiento.

39 Especialmente en comunidades como San Miguel que está compuesto de una población mayoritariamente rural.

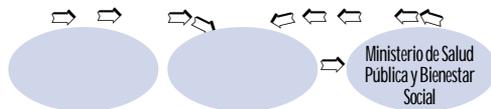
En cuanto a la situación de la comunidad de San Miguel se partió estableciendo en forma analítica los servicios que faltan por otorgarse y su financiamiento versus los servicios que hoy se entregan y su correspondiente forma de financiación. Por tanto surge la interrogante de cómo resolver el problema de financiar los servicios que faltan.

Para poder asentar opciones de financiación se analizó la forma actual de financiación de los servicios y a partir del mismo, proponer los mecanismos de pago sin olvidar los objetivos de equidad y eficiencia.

El siguiente punto presenta en forma resumida las condiciones actuales en que se desenvuelven los usuarios y el Centro de Salud con respecto a los servicios de salud ofrecidos en la comunidad de San Miguel.

#### A.6.4. Formas de Financiamiento actual de los CSSE

Tal como se comentó en la oferta de salud brindada por el Centro de Salud local, ésta centra su atención hacia pobladores del casco urbano del municipio de San Miguel. Acerca del esquema actual de cobro de servicios y obtención de recursos se observa el siguiente cuadro con los tres grupos de agentes que intervienen en la oferta y demanda de los servicios:



- El MSPy BS financia la mayoría de los costos en que incurre el Centro de Salud para poder brindar los servicios de salud a la población.
- Para complementar la fuente de ingresos el Centro de Salud cobra aranceles a los usuarios.
- Pero, parte de los aranceles cobrados por el Centro de Salud a los demandantes, los devuelve al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS).

Por tanto, la disponibilidad de recursos por parte del Centro de Salud es limitada y falta dinero para financiar mayores servicios del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE).

Frente a dicha situación se presenta la alternativa de aumentar las tarifas, es decir cobrar más a los pacientes, pero esta opción trae consigo el problema de acceso de aquellas personas que no puedan costearse sus gastos en salud y con ellos se obstaculiza el logro del objetivo de la equidad.

### A.6.5. Opciones de Financiamiento: Organismos de financiamiento

En esta sección se presentan las distintas opciones por las que el Centro de Salud y la comunidad podrían decidir para financiar el CSSE presentados en el Taller de Financiamiento del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales (CSSE) llevado a cabo en San Miguel, Misiones, en el mes de agosto de 2000.

El objetivo del taller fue comprometer a las instituciones y autoridades locales en el financiamiento de las actividades priorizadas en el Conjunto de Servicios de Salud, contempladas en el Plan de Salud Local.

De dicho taller han participado la directora y el staff del Centro de Salud de San Miguel, los miembros del Consejo Local de Salud, el representante de la Región Sanitaria, el Intendente Municipal, el representante de la Gobernación de Misiones y el equipo de técnicos del CIRD y Bitran & Asociados, responsables de la consultoría llevada a cabo para este efecto.

En el desarrollo del primer día del taller se explicó la metodología y los resultados del costeo de actividades priorizadas. En el segundo día se mencionaron los mecanismos y las fuentes de financiamiento de los servicios de salud, se presentaron los servicios y las actividades de salud que requieren financiamiento, se establecieron los montos de las actividades cubiertas por las instituciones y las que faltan cubrir, y por último, se elaboró un plan de trabajo conjunto<sup>40</sup>.

El resultado del taller fue un éxito en cuanto a su desarrollo, participación y una vez más quedó demostrado el trabajo coordinado que vienen realizando la municipalidad, el centro de salud y el consejo local de salud.

A continuación se observan las opciones propuestas en aquella oportunidad. Cada opción presenta ventajas y desventajas.

#### **OPCIÓN A: Cobrar mayores aranceles.**

La **ventaja** de esta alternativa es que generaría mayores ingresos, pero presenta el **problema** de la equidad en el acceso. El problema de falta de recursos de los usuarios podría disminuirse a través de una política de exenciones, pero la factibilidad de dicha política es muy difícil. Además una fuente de ingresos del MSP y BS es la recaudación por medio de las tarifas aplicadas.

#### **OPCION B: Solicitar más dinero al MSPyBS.**

La **ventaja** radica en la posibilidad de obtener mayores ingresos, pero en contrapartida se presenta el **problema** de que tal vez dicha forma de aumentar los recursos es poco probable.

---

40 Ver anexo 12.

### **OPCION C: Obtener mayor financiamiento por aportes municipales y regionales.**

Al igual que las anteriores opciones, esta forma aumentaría los ingresos, pero el inconveniente radica en si verdaderamente, el financiamiento de las actividades de salud son prioridades de gobiernos tanto regional como municipal.

### **OPCION D: Crear un Fondo local con aportes de la población.**

Esta también generaría mayores ingresos, pero a su vez impera la necesidad de determinar el aporte per-cápita de los pobladores y los parámetros para determinar dicho aporte. Sumado a esta necesidad esta la de establecer quién ejerce la función de recaudación y cuán elevados son los costos de recaudación.

Una vez presentadas las diferentes opciones con sus respectivas ventajas e inconvenientes, se procedió al debate correspondiente a cuál de las alternativas presentadas es la más conveniente para la comunidad, teniendo en cuenta tanto sus características socioeconómicas como también sus necesidades potenciales de servicios de salud.

Es importante mencionar que en materia de financiamiento de la salud, no existe solución perfecta, ni correcta y tampoco exenta de problemas, pero frente a una cascada de alternativas, debe optarse por aquella que más se adecue a las necesidades de la población y también teniendo presente los objetivos primordiales de equidad en la cobertura y eficiencia en la entrega de servicios.

### III. CONSIDERACIONES FINALES

El proceso de reformas que enfrenta el Paraguay trae consigo un conjunto de elementos que plantean nuevos debates y la adaptación a nuevos esquemas tanto de administración como forma de actividades de las instituciones.

Así la descentralización se constituye en herramienta indiscutible para mejorar la entrega de servicios básicos de salud a una determinada comunidad dada la vinculación más cercana entre oferentes y demandantes de servicios. Inserto en ese proceso de reformas no puede dejarse de lado la participación activa de la ciudadanía para poder captar los verdaderos requerimientos de la población, hecho que además facilita la tarea de focalización de actividades hacia aquellos sectores determinados como prioritarios o vulnerables. La participación ciudadana es igualmente un mecanismo de consolidación de la democracia.

En cuanto al contexto de la descentralización de los servicios de Salud en Paraguay, es considerable el hecho que ya se han dado pasos iniciales y esbozado la estructura normativa, pero aún queda un largo trecho que caminar, pues la consolidación del proceso también implica cambios no solo de estructuras sino también de pautas culturales y formas de conducta de todos los agentes implicados en la tarea. Por tanto queda como tarea pendiente la efectivización de las actividades ya enmarcadas en regulaciones legales, y la firme voluntad personal de autoridades y de la ciudadanía en general para de esa forma llegar a concretar objetivos que decididamente mejorarán el bienestar de la población. En ese sentido, el distrito de San Miguel y las autoridades comunales y sanitarias han dado muestras de dichas voluntades y han establecido las bases para embarcarse a las tareas de consolidación del Plan de Salud Local, mediante la elaboración del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales. Pero como la plena ejecución del CSSE no solo depende de las voluntades sino también de la disponibilidad de recursos, es ahí donde queda espacio para el debate y de esa forma la determinación de medidas que permitirán financiar las actividades incluidas en el CSSE y entregar los servicios de este componente vital del capital humano con eficiencia, eficacia, calidad y equidad.

## ANEXO 1

### LISTADO INICIAL DE 66 ACTIVIDADES

#### SERVICIO DE PROMOCION DE SALUD

1. Educación grupal sobre uso de servicios de salud
2. Educación colectiva sobre uso de servicios de salud
3. Organización y asesoría de comités de salud
4. Educación colectiva sobre salud ocupacional

#### SERVICIO DE ATENCION A LA MORBILIDAD

5. Atención a las urgencias
6. Consultas a demanda
7. Transferencia de casos
8. Servicios de cirugía menor
9. Visita domiciliaria a demanda
10. Servicios de odontología

#### SERVICIO PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE

11. Vacunaciones
12. Vigilancia y control del crecimiento
13. Educación a grupos de adolescentes
14. Educación para la salud en la escuela
15. Educación colectiva en salud infantil
16. Administración de micronutrientes y desparasitación
17. Consulta de orientación sexual para jóvenes
18. Educación grupos de padres
19. Trabajo con profesores
20. Examen de salud escolar
21. Inspección de medio ambiente escolar
22. Enjuagues y/o aplicación de flúor
23. Educación para salud de la individual
24. Curación de caries

#### SERVICIO PARA ASISTENCIA DURANTE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO

25. Control de embarazo
26. Consulta puerperal
27. Visita puerperal domiciliaria
28. Promoción de la lactancia materna
29. Educación maternal en grupos

#### SERVICIO ORIENTADO A LA MUJER

30. Consulta de planificación familiar
31. Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico
32. Educación colectiva en sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
33. Educación colectiva en prevención del cáncer
34. Educación y orientación sexual en consulta

#### SERVICIO PARA EL ADULTO Y EL ANCIANO

35. Educación colectiva en riesgo cardiovascular.
36. Educación colectiva en adicciones, enfermedades prevalentes
37. Educación colectiva en accidentes y violencia
38. Control y tratamiento de tuberculosis
39. Visita domiciliaria a incapacitados
40. Grupos de autoayuda en patologías crónicas
41. Diagnóstico precoz del cáncer
42. Consulta de diabetes
43. Visita domiciliaria a pacientes domiciliarias
44. Estudio a convivientes con tuberculosis
45. Consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular
46. Vacunación de tétanos
47. Rehabilitación física
48. Reinserción social
49. Consulta programada en enfermedades mentales
50. Atención a las drogodependencias

#### SERVICIO DIRIGIDO A LA COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE

51. Educación ambiental
52. Educación para el consumo
53. Atención a las denuncias higiénico sanitarias
54. Control y saneamiento de vertidos
55. Control de residuos sólidos
56. Control de agua potable
57. Investigación de brotes epidémicos
58. Vacunación antirrábica
59. Vigilancia y control de vectores
60. Vigilancia y control de roedores
61. Vigilancia y control de productos tóxicos
62. Educación colectiva para las muertes por violencia

#### SERVICIO DE MEDICAMENTOS

63. Gestión de vacunas
64. Gestión de medicamentos
65. Gestión de medicamentos de urgencia
66. Educación sobre el uso de medicamentos

## LISTADO INICIAL DE 45 ACTIVIDADES

### SERVICIO DE PROMOCION DE SALUD

1. Educación grupal sobre uso de servicios de salud
2. Organización y asesoría de consejo de salud

### SERVICIO DE ATENCION A LA MORBILIDAD

3. Atención a las urgencias
4. Servicios de odontología
5. Consultas a demanda
6. Servicios de cirugía menor
7. Transferencia de casos desde compañías

### SERVICIO PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE

8. Vacunaciones
9. Enjuagues y/o aplicación de flúor
10. Curación de caries
11. Educación para la salud en la escuela
12. Vigilancia y control del crecimiento
13. Educación para salud individual
14. Trabajo con profesores
15. Educación a grupos de adolescentes
16. Examen de salud escolar
17. Consulta de orientación sexual para jóvenes
18. Administración de micronutrientes y desparasitación
19. Educación grupos de padres

### SERVICIO PARA ASISTENCIA DURANTE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO

20. Control de embarazo
21. Consulta de planificación familiar
22. Consulta puerperal
23. Promoción de la lactancia materna
24. Educación maternal en grupos
25. Visita puerperal domiciliaria

### SERVICIO ORIENTADO A LA MUJER

26. Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico
27. Educación colectiva en sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
28. Consulta de planificación familiar

### SERVICIO PARA EL ADULTO Y EL ANCIANO

29. Consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular
30. Consulta de diabetes
31. Educación colectiva en riesgo cardiovascular.
32. Visita domiciliaria a pacientes

### SERVICIO DIRIGIDO A LA COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE

33. Educación para el consumo de sal yodada
34. Vacunación antirrábica
35. Vigilancia y control de vectores
36. Investigación de brotes epidémicos
37. Educación ambiental
38. Atención a las denuncias higiénico sanitarias

### SERVICIO DE MEDICAMENTOS

39. Gestión de medicamentos
40. Gestión de medicamentos de urgencia
41. Gestión de vacunas
42. Educación sobre el uso de medicamentos

### ACTIVIDADES DE SALUD PROPUESTAS POR LOS GRUPOS

43. Aprovechamiento frutas
44. Club de diabéticos
45. Consulta neurológica, cardiológica y oftalmológica programada

## PUNTAJE PROMEDIO OBTENIDO POR CADA ACTIVIDAD

SERVICIO DE PROMOCION DE SALUD	Puntaje promedio
1. Educación grupal sobre uso de servicios de salud	20,9
2. Organización y asesoría de consejo de salud	19,6
<b>SERVICIO DE ATENCION A LA MORBILIDAD</b>	
3. Atención a las urgencias	23,8
4. Servicios de odontología	22,5
5. Consultas a demanda	22,4
6. Servicios de cirugía menor	21,4
7. Transferencia de casos desde compañías	20,2
<b>SERVICIO PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE</b>	
8. Vacunaciones	26,4
9. Enjuagues y/o aplicación de flúor	26,1
10. Curación de caries	24,5
11. Educación para la salud en la escuela	23,2
12. Vigilancia y control del crecimiento	22,9
13. Educación para salud individual	22,8
14. Trabajo con profesores	22,6
15. Educación a grupos de adolescentes	22,2
16. Examen de salud escolar	22,1
17. Consulta de orientación sexual para jóvenes	21,9
18. Administración de micronutrientes y desparasitación	21,7
19. Educación grupos de padres	21,1
<b>SERVICIO PARA ASISTENCIA DURANTE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO</b>	
20. Control de embarazo	27,1
21. Consulta de planificación familiar	26,1
22. Consulta puerperal	25,6
23. Promoción de la lactancia materna	25,0
24. Educación maternal en grupos	20,5
25. Visita puerperal domiciliaria	16,0
<b>SERVICIO ORIENTADO A LA MUJER</b>	
26. Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico	26,0
27. Consulta de planificación familiar	26,1
28. Educación colectiva en sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y SIDA	24,8
<b>SERVICIO PARA EL ADULTO Y EL ANCIANO</b>	
29. Consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular	24,2
30. Consulta de diabetes	24,0
31. Educación colectiva en riesgo cardiovascular.	22,9
32. Visita domiciliaria a pacientes	22,8
<b>SERVICIO DIRIGIDO A LA COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE</b>	
33. Educación para el consumo de sal yodada	24,4
34. Vacunación antirrábica	24,2
35. Vigilancia y control de vectores	23,8
36. Investigación de brotes epidémicos	23,6
37. Educación ambiental	22,8
38. Atención a las denuncias higiénico sanitarias	22,0
<b>SERVICIO DE MEDICAMENTOS</b>	
39. Gestión de medicamentos	26,1
40. Gestión de medicamentos de urgencia	24,8
41. Gestión de vacunas	24,6
42. Educación sobre el uso de medicamentos	22,9
<b>NUEVAS ACTIVIDADES</b>	
43. Aprovechamiento frutas	23,8
44. Club de diabéticos	21,5
45. Consulta neurológica, cardiológica y oftalmológica	21,5

## ANEXO 4

## EVOLUCIÓN DE LA SELECCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL TALLER REALIZADO EN EL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

	Tabla 1. Listado original propuesto	Tabla 2 Listado luego de primera selección	Tabla 4 CSSE - listado final
<b>Número de actividades</b>	<b>66</b>	<b>45</b>	<b>21</b>
<b>SERVICIO DE PROMOCION DE SALUD</b>			
1. Educación grupal sobre uso de servicios de salud	✓	✓	✓
2. Educación colectiva sobre uso de servicios de salud	✓		
3. Organización y asesoría de comités de salud	✓	✓	✓
4. Educación colectiva sobre salud ocupacional	✓		
<b>SERVICIO DE ATENCION A LA MORBILIDAD</b>			
5. Atención a las urgencias	✓	✓	✓
6. Consultas a demanda	✓	✓	✓
7. Transferencia de casos	✓	✓	✓
8. Servicios de cirugía menor	✓	✓	✓
9. Visita domiciliaria a demanda	✓	✓	
10. Servicios de odontología	✓		
<b>SERVICIO PARA EL NIÑO Y ADOLESCENTE</b>			
11. Vacunaciones	✓	✓	✓
12. Vigilancia y control del crecimiento	✓	✓	✓
13. Educación a grupos de adolescentes	✓	✓	✓
14. Educación para la salud en la escuela	✓	✓	✓
15. Educación colectiva en salud infantil	✓	✓	✓
16. Administración de micronutrientes y desparasitación	✓	✓	✓
17. Consulta de orientación sexual para jóvenes	✓	✓	✓
18. Educación grupos de padres	✓	✓	✓
19. Trabajo con profesores	✓	✓	✓
20. Examen de salud escolar	✓	✓	✓
21. Inspección de medio ambiente escolar	✓	✓	✓
22. Enjuagues y/o aplicación de flúor	✓	✓	✓
23. Educación para salud individual	✓	✓	✓
24. Curación de caries	✓	✓	✓
<b>SERVICIO PARA ASISTENCIA DURANTE LA GESTACION, PARTO Y PUERPERIO</b>			
25. Control de embarazo	✓	✓	✓
26. Consulta de planificación familiar	✓	✓	✓
27. Consulta puerperal	✓	✓	✓
28. Visita puerperal domiciliaria	✓	✓	✓
29. Promoción de la lactancia materna	✓	✓	✓
30. Educación maternal en grupos	✓	✓	✓
<b>SERVICIO ORIENTADO A LA MUJER</b>			
31. Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico	✓	✓	✓
32. Educación colectiva en sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	✓	✓	✓
33. Educación colectiva en prevención del cáncer	✓	✓	✓
34. Educación y orientación sexual en consulta	✓	✓	✓

(Sigue)

## EVOLUCIÓN DE LA SELECCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL TALLER REALIZADO EN EL MUNICIPIO DE SAN MIGUEL

	Tabla 1. Listado original propuesto	Tabla 2 Listado luego de primera selección	Tabla 4 CSSE - listado final
<b>Número de actividades</b>	<b>66</b>	<b>45</b>	<b>21</b>
<b>SERVICIO PARA EL ADULTO Y EL ANCIANO</b>			
35. Educación colectiva en riesgo cardiovascular.	✓		✓
36. Educación colectiva en adicciones, enfermedades prevalentes	✓	✓	
37. Educación colectiva en accidentes y violencia	✓		
38. Control y tratamiento de tuberculosis	✓		
39. Visita domiciliaria a incapacitados	✓		
40. Grupos de autoayuda en patologías crónicas	✓		
41. Diagnóstico precoz del cáncer	✓		
42. Consulta de diabetes	✓		
43. Visita domiciliaria a pacientes	✓	✓	
44. Estudio a convivientes con tuberculosis	✓	✓	
45. Consulta de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular	✓	✓	
46. Vacunación de tétanos	✓		
47. Rehabilitación física	✓		
48. Reinserción social	✓		
49. Consulta programada en enfermedades mentales	✓		
50. Atención a las drogodependencias	✓		
<b>SERVICIO DIRIGIDO A LA COMUNIDAD Y MEDIO AMBIENTE</b>			
51. Educación ambiental	✓		✓
52. Educación para el consumo de sal yodada	✓	✓	
53. Atención a las denuncias higiénico sanitarias	✓	✓	
54. Control y saneamiento de vertidos	✓		
55. Control de residuos sólidos	✓		
56. Control de agua potable	✓		
57. Investigación de brotes epidémicos	✓		
58. Vacunación antirrábica	✓	✓	
59. Vigilancia y control de vectores	✓	✓	✓
60. Vigilancia y control de roedores	✓		
61. Vigilancia y control de productos tóxicos	✓		
62. Educación colectiva para las muertes por violencia	✓		
<b>SERVICIO DE MEDICAMENTOS</b>			
63. Gestión de vacunas	✓	✓	✓
64. Gestión de medicamentos	✓	✓	✓
65. Gestión de medicamentos de urgencia	✓	✓	✓
66. Educación sobre el uso de medicamentos	✓	✓	
<b>NUEVAS ACTIVIDADES</b>			
Aprovechamiento de frutas y alimentos locales		✓	
Club de diabéticos		✓	
Consulta neurológica, cardiológica y oftalmológica programada	✓		

- (a) Las actividades de educación grupal para prevención de ETS y SIDA, educación sobre el uso de medicamento y aprovechamiento de frutos locales en nutrición se incorporarán en la actividad de educación grupal sobre uso de servicios de salud.
- (b) Las curaciones de caries y enjuagues y aplicaciones de flúor se incorporarán en el servicio de odontología.
- (c) Las transferencias de casos desde las compañías y la educación individual para la salud se incluirán en consulta a la demanda.
- (d) Las actividades de trabajo con profesores, educación a grupos de adolescentes, educación a grupos de padres, educación para el consumo de sal yodada y consulta de orientación sexual para jóvenes se incluirán en educación para la salud en la escuela.
- (e) La promoción de la lactancia materna y la educación maternal en grupos se incluirá en el control del embarazo
- (f) Las actividades de consulta para riesgo cardiovascular y diabetes, la consulta neurológica, cardiológica y oftalmológica se incluyen dentro de las consultas de enfermedades crónico degenerativas.
- (g) Las actividades de investigación de brotes epidémicos y atención a denuncias higiénico sanitarias se incorporarán en vigilancia y control de vectores

## ANEXO 5

## POBLACIÓN DE SAN MIGUEL MISIONES, AREA URBANA. AÑO 2000

Rango de Edad	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Menores de 1 año	9	1.4	12	1.6	21	1.5
1-4 años	44	6.7	44	6.0	88	6.3
5-14 años	174	26.4	177	24.0	351	25.1
15-49 años	292	44.4	345	46.7	637	45.6
Mayor a 49 años	128	19.5	152	20.6	280	20.0
NR	11	1.7	9	1.2	20	1.4
<b>TOTAL</b>	<b>658</b>		<b>739</b>		<b>1397</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Datos preliminares del Censo Sociosanitario de San Miguel - Misiones, organizado por el Consejo Local de Salud, el Centro de Salud y la Municipalidad de San Miguel, con el apoyo del CIRD, USAID y el Cuerpo de Paz, agosto de 2000

## ANEXO 6

## RECURSOS PARA PRESTAR SERVICIOS DE SALUD (OFERTA)

Municipio \_\_\_\_\_

Rubro	MINSA	IPS	PRIVADO	M. TRADICIONAL
Establecimientos de primer nivel (número y tipo)				
Establecimientos de segundo nivel (número y tipo)				
Médicos *				
Enfermeras*				
Obstetra*				
Auxiliar de enfermería*				
Jefa de salud pública y enfermería*				
Estadigrafo*				
Asistentes administrativos*				
Choferes*				
Ambulancias*				
Horario de atención				
Programas de salud actuales: Vacunaciones (PAI) Embarazo ETS/SIDA Control de peso y talla				

Exceso o déficit

Farmacias existentes: tiempo de funcionamiento (de cada una)

**ANEXO 7**

**UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (BALANCE) MINSA**

Municipio \_\_\_\_\_

Rubro	Actual	Futuro	Observaciones
Consultas per cápita anual			
Causas más frecuentes de morbilidad (10 o 15)			
Por sexo y edad			
Casos anuales de enfermedad diarreica aguda			
Casos anuales de infección respiratoria aguda			
Tuberculosis			
Desnutrición global (peso/edad)			
Casos por dengue			
Vacunaciones (% de niños con esquema completo)			
Partos atendidos en el último año			
Atenciones de emergencia			
Existencia y utilización de protocolos de atención: Salud del niño, Salud de la mujer, Salud del adulto, Otros			

**ANEXO 8**

**EQUIPAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD MINSA**

Municipio \_\_\_\_\_

Rubro	Estado Actual *	Futuro	Observaciones
Laboratorial			
Consultorios Medicina general Pediatria Gineco-Obstetricia Medicina general Urgencias			
Diagnostico por imágenes			
Comunicaciones Radio Teléfono			
Administración Computadores			
Otros			

\* Bueno (B), regular (R) malo (M)  
Operativo (O) o no (Nop), personal capacitado para operar (si personal) o (no personal)

**ANEXO 9**

MODELO DE MATRIZ A.					
Servicio	SALUD DE LA MUJER				
ACTIVIDAD	ESCENARIO				
	Hogar	Centro escolar	Centro de trabajo	Establecimiento de salud	Comunidad
Control prenatal	Promotor capta a embarazadas que no acuden a control prenatal			Médico: realiza los controles prenatales	
Vacunación	Auxiliar de enfermería				

**ANEXO 10**

EJEMPLO DE DESARROLLO DE MATRIZ B.				
Servicio	SALUD DEL NIÑO Y ADOLESCENTE			
ACTIVIDAD	Vacunación			
RESPONSABLE	Auxiliar de Enfermería			
COMO	CON QUÉ	FRECUENCIA	INFORMACION QUE GENERA	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA
Aplica la dosis correspondiente	POLIO DPT	Esquema de vacunación	Número de niños entre 12 y 23 meses con esquema de vacunación completo	Al médico si presenta fiebre por más de 3 días.

## ANEXO 11

EJEMPLO DE FORMATO PARA EL CÁLCULO DE COSTOS							
SERVICIO DE PROMOCION DE SALUD							COSTO TOTAL
	EDUC. GRUPAL DEL USO SERV. DE SALUD				ASESORIA A LOS CLS		
	ACTIVIDAD 1	ACTIVIDAD 2	ACTIVIDAD 3	ACTIVIDAD 4	ACTIVIDAD 1	ACTIVIDAD 2	
	Charlas	Control Yodo	Educac. Sexual	Educ. Adoles.	Charlas	Reuniones	
<b>RR.HH.</b>							
Tipo	Médico	Médico	Aux. Enferm.	Aux. Enferm.	Médico	Alianza	
Sal/Hora							
Tiempo							
Frec.							
Monto							
Sub-total RR.HH.							
<b>MEDICAMENTOS</b>	Cant. Anual	Precio Unit.					
Antigripal jarabe							
Antigripal pastilla							
Anamox.							
Antiparasitario							
Sub-total Medicamentos							
<b>INSUMOS MEDICOS</b>							
Algodón							
Alcohol							
Biológicos							
Gasa							
Leucoplas (7,5)							
Desinfectante							
Sub-total Insumos Médicos							
<b>MATERIALES</b>							
Papelografo							
Boletines							
Afiches							
Balanza							
Sub-total Insumos Materiales							
<b>OTROS</b>							
Alimentación							
Reactivo							
Mantenim. Equipo							
Productos Químicos							
Pastilla							
<b>RESUMEN</b>							
RR. HH.							
Medicamentos							
Insumos							
Materiales							
Otros							
<b>TOTAL</b>							

## ANEXO 12

## PLAN DE TRABAJO CONJUNTO

TAREAS	RESPONSABLE	FECHA
Estimación de costos de entrega de CSSE incluyendo las 7 compañías	AIDA SANDRA RUBEN DRA. CARMEN	FINES DE SEPTIEMBRE
Solicitar apoyo a la Municipalidad para cubrir déficit del CSSE para casco urbano	TERESA PRIETO PTA. HJM DRA. CARMEN	INICIOS DE NOV.
Solicitar apoyo a la Gobernación para cubrir déficit del CSSE para casco urbano	MIGUEL LOPEZ DR. OZUNA MARTIN JACQUET	FINES DE SEPTIEMBRE
Estimar financiamiento mediante pago anticipado de las familias del CSSE para el 2001	RUBEN SANDRA LIVIA AIDA	FINES DE OCTUBRE
Consulta a la comunidad de la propuesta de pago anticipado del CSSE por los usuarios (encuesta), y explorar otras fuentes (festival de ovecha rague); y diseño de sistema de aranceles a) Definir obligatoriedad del pago versus que hacer con los que no pagan	DRA. CARMEN MARTIN JACQUE KERRY EFREM RUBEN VOLUNTARIOS	FINES DE OCTUBRE
Estudio socioeconómico para hacer sugerencias acerca del pago anticipado: a) todas las familias pagan igual monto b) Monto diferenciado por situación económica Aranceles diferenciados (propuestas).	CIRD DRA. CARMEN ZORRILLA (CONSEJO LOCAL DE SALUD)	FINES DE OCTUBRE
Plan de Implementación para la provisión y financiamiento del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales para la población seleccionada: a) Formalizar acuerdo con alianza para la salud b) Organización administrativa del financiamiento c) Organización de la Supervisión, Monitoreo, determinación de indicadores de desempeño y evaluación de la provisión y gestión administrativa.	MUNICIPALIDAD CONSEJO LOCAL DE SALUD DRA. CARMEN LIC. MIGUEL LOPEZ CIRD	FINES DE NOVIEMBRE
Evaluación de la Experiencia		DESPUES DE UN AÑO
Reunión intermedia (seguimiento, a mediados de octubre) y una reunión final a inicios de diciembre)	TODOS	

# BIBLIOGRAFÍA

- Aédo, C y O. Larrañaga. (1994). Sistema de entrega de los servicios sociales: Una agenda para la reforma. Cap. 1 y 5. C. BID.
- Aédo, C. y A. Troche. (1996). Canastas Básicas en la atención de Salud.
- Banco Mundial-BID. (2000). Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en Perú. El desafío de la Reforma en Salud: alcanzar a los pobres. Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud. Disponible:[www.worldbank.org/lachealth](http://www.worldbank.org/lachealth)
- Banco Mundial - BID. (2000). Reestructuración del Sistema Local de Salud de Brasil (Camaragibe) World Bank. El desafío de la Reforma en Salud: alcanzar a los pobres. Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud. Disponible: [www.worldbank.org/lachealth](http://www.worldbank.org/lachealth)
- Bernardo Kliksberg. (1994). El rediseño del Estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio. Una agenda estratégica para la discusión.
- Beaulieu R.. (2000). Pobreza y Gestión Social en Paraguay, Pág. 149 en adelante. Capital Social y Participación. INDES/BID-SAS 2000
- BID. (1998). Conclusión del primer seminario de la reunión anual. Disponible: [www.iadb.org](http://www.iadb.org)
- Bitrán y Asociados (2000). Informe de Consultoría del Conjunto de Servicios de Salud Esenciales en el marco del Plan Local de Salud.
- Bobadilla J., P. Cowley, P. Musgrave y H. Saxenian.. (1994). Diseño, Contenido y Financiamiento de un paquete esencial de servicios de salud. National World Bank 1994.
- Carrizosa, Agustín y Cesar Barreto. (1998). "El Proceso de descentralización del sector salud en el Paraguay", Serie Enfoques No. 14, CEPPro.
- Cepal. (2000). Univerdalidad, Solidaridad y Eficacia deben animar Políticas Sociales y Económicas.
- Cepal y NNUU N° 601 (1997). Notas sobre Economía y Desarrollo. "El desafío de las Reformas de Salud: Compatibilizar Solidaridad con Eficiencia".
- DGEEC (1992). Paraguay Censo Nacional de Población y Viviendas 1992
- Measure Evaluation. (Proyect. 2000). Descentralización del Sector Salud en Paraguay . Project, 2000. Universidad de Carolina del Norte / USAID.
- Flagship Programm, World Bank Institute, UAHurtado. (2000). Programa Flagship. Focalización y paquetes de beneficio. Diseño de un paquete de beneficios de salud. Bitrán y Asoc.
- Parodi Trece, Carlos (1997). Economía de las Políticas sociales. Univ. Del Pacifico-Perú .
- INDES-SAS. (2000). Notas del Manual del Curso de Capacitación en Diseño y Gerencia de Políticas, Programas y Proyectos sociales. Fase III. RAE Vol 11 N°2. 1996.