APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA REVISIÓN HERMENÉUTICA.

INFORME PARAGUAY

INVESTIGADOR PRINCIPAL
DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

COINVESTIGADORES
LINA MARIA MAHECHA RIVERA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015

APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA REVISIÓN HERMENÉUTICA.

INFORME PARAGUAY

INVESTIGADOR PRINCIPAL
DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015

TUTORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

_____

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

COINVESTIGADOR

_____

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

BOGOTA, _____DIA_____MES_____AÑO____

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

"LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO VELARÁ POR EL RIGOR CIENTIFICO, METODOLOGICO Y ETICO DEL MISMO EN ARAS DE LA BUSQUEDA DE LA VERDAD Y LA JUSTICIA"

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de investigación, si bien requirió dedicación y esfuerzo por parte de sus autores, no hubiera sido posible sin la colaboración de las personas citadas a continuación y muchas más que constituyeron un gran apoyo en todo momento y a lo largo de los años que llevó planear y realizar el proyecto.

CONTENTENIDO

RESUMEN....9
INTRODUCCIÓN 10
1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD 12
1.1 Características generales del país 12
1.2 Generalidades del sistema de salud 14
1.2.1 Estructura 14
1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios 16
2. FORMACIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR, ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS 20
2.1 Formación en medicina familiar 20
2.1.1 Hitos de la medicina familiar 20
2.1.2 Características de los programas académicos 21
2.2 Aporte de la medicina familiar a la atención primaria en salud 25
2.2.1 Ámbitos de desempeño 25
2.2.2 Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud 26
3. CONCLUSIONES 27

Índice de tablas

Tabla 1 Indicadores demográficos y de salud de Paraguay (2010-2014)..... 13
Tabla 2 Distribución horaria recomendada según el Reglamento de Medicina Familiar..... 22
Tabla 3 Distribución de los horarios y días de consultorio según el Reglamento de Medicina Familiar..... 23

Índice de figuras

Figura 1 Pirámide poblacional de Paraguay, según estimado para 2014..... 12
Figura 2 Diagrama del sistema de salud paraguayo. 15
Figura 3 Composición del equipo de salud en 18 USF 18

Listado de siglas

MSPBS: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

IPS: instituto de previsión Social

PIB: Producto Interno Bruto

USF: Unidad de Salud Familiar

CAES: Cengtros ambulatorios de especialidades

SPMF: Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar

CMB: Centro Médico Bautista

CONAREM: Comisión Nacional de Residencias Medicas

DNERHS: Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud

APS: Atención Primaria en Salud

RESUMEN

Aportes de la Formación de Médicos Familiares al desarrollo de la Atención Primaria en Iberoamerica, e una revisión hermeneutica que busca reconocer las fortalezas de los sistemas de salud de los países de esta región, con el objetivo de identificar experiencias aplicables al contexto colombiano sobre los aportes que ha realizado el recurso humano de medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud.

La siguiente revisión es sobre Paraguay, que es una república Democrática representativa por una Capital y 17 departamentos, dirigida por la Constitución 1992, tienen un sistema de salud mixto, además se observa gran avance sobre la implementación de políticas de Atención primaria en Salud donde el principal responsable es el Ministerio de Salud y Bienestar Social, el principal responsable por el financiamiento de APS es el Ministerio de Salud y Bienestar Social, la prestación de servicios de primer nivel es dada por el Ministerio de Salud y Bienestar Social y los Municipios a través de las Unidades de Salud Familiar en donde se encuentra los equipos de salud, conformado por equipos básicos de salud constituidos por 1 médico, 1 licenciado en enfermería y/u obstetricia, 1 auxiliar de enfermería y 3 a 5 agentes comunitarios de salud, el médico familiar participa poco en las USF dado que en el momento de la implementación de la APS, no existían el número suficiente. Se realizaron diferentes alternativas de formación como ampliación de números de residentes y formación de aulas virtuales de curso y diplomados, los resultados de estos cursos aún no hay descritas experiencias ni hay informes que evalúen los resultados de esta experiencia en la literatura revisada

ABSTRACT

Contributions to the development of Family Physicians Primary Care in Latin America, is a hermeneutics revision that seeks to recognise the strengths of the health systems of the countries of this region, with the aim of identifying applicable experiences to the Colombian context on the contributions that the human resource of family medicine has made to the development on primary health care.

The following review is on Paraguay, which is a Democratic Republic represented by a Capital and 17 departments and, directed by the Constitution of 1992. It has a mixed health system, plus breakthrough on the implementation of policies for the primary health care, where the main responsible is the Ministry of Health and Social Welfare. Moreover the main responsibility for funding APS is the Ministry of Health and Social Welfare. The provision of first class services is given by the Ministry of Health and Welfare and the municipalities through Family Health Units, which consists of basic health teams, one doctor, a graduate in nursing and / or midwifery, one nursing assistant and 3-5 community health workers, family doctor which is less involved in USF since the time of implementation of APS, there were not a sufficient number. Different alternatives of formation such as expanding numbers of residents and formation of virtual classroom and training and diploma courses were performed, the results of these courses described still no experience or no reports evaluating the results of this experience in the literature reviewed

INTRODUCCIÓN

Este informe hace parte de un trabajo que recoge la inform ación de diferentes países de iberoamerica. Está basado en el protocolo de investigación de la Universidad de El Bosque en el año 2012 (Ver anexo 1).

Se realizó una revisión hermenéutica con bibliografía actualizada y junto con la Licenciada Martha Moreno del grupo de redacción y análisis de textos (GRAT) de la división de Humanidades de la Universidad El Bosque, a través del taller de escritura, se realizó varias modificaciones en la redacción hasta llegar a este producto final.

Cada uno de los países tiene un documento que sintetiza la información acerca del sistema de salud, modelos de atención y prestación de servicios, programas académicos, ámbitos de desempeño, roles y aporte de los médicos familiares a la implementación de la Atención Primaria.

1. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1 Características generales del país

La República del Paraguay, ubicada en la zona central de América del Sur, tiene una extensión de 406.752 km^2 y territorialmente está dividida en 17 departamentos y un Distrito Capital, Asunción. Limita con Argentina al sudeste, sur y sudoeste, con Bolivia al norte y con Brasil al este; tiene dos regiones naturales divididas por el río Paraguay: la región oriental, con 39% del territorio y algo más de 97% de la población, y la región occidental o Chaco, con 61% del territorio y 3% de la población ((Central Intelligence Agency, 2014)

Según datos de 2014, la población estimada era de 6.703.860 donde los jóvenes equivalen a más de 60% de sus habitantes, como se evidencia en la Figura 1. Paraguay cuenta también con una población indígena de 89.169 personas, distribuidas en 17 pueblos diferentes que pertenecen a cinco familias lingüísticas; sin embargo, los idiomas oficiales son el español y el guaraní.

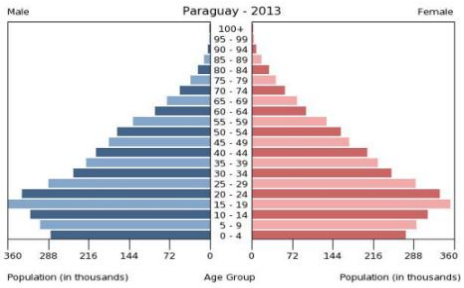

Figura 1 Pirámide poblacional de Paraguay, según estimado para 2014 Fuente: CIA, 2014.

El Cuadro 1 presenta algunos indicadores demográficos y de salud del país.

Tabla 1 Indicadores demográficos y de salud de Paraguay (2010-2014)

Indicador	
Población total (millones)	6.703.860 (2014 est.)[1]
Población cubierta por la seguridad social (%)	95 (2010)[3]
Población no asegurada (%)	5 (2010)[3]
Expectativa de vida (años)	76,8 (2014)[1]
Mortalidad infantil por 1.000 N.V.	20,75 (2014 est.)[1]
Razón de mortalidad materna	99 (2010)[1]
Tasa de natalidad	16,66 (2014 est.)[1]
Tasa de mortalidad general	4,64 (2014 est.)[1]
Médicos por 10.000 personas	11,7 (2011) [2]
Enfermeras por 10.000 personas	5,0 (2011)[2]
Gasto per cápita en salud cambio promedio (US$)	27,2 (2010)[3]
Gasto nacional en salud como % del PBI	9,7 (2011)[1]
% de los costos de salud pagados por el gobierno	34,4 (2010)[3]

Fuentes:

[1] CIA, 2014.

[2] Indicadores, 2013.(Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2013)

[3] Organización Mundial de la Salud, 2013.

1.2 Generalidades del sistema de salud

1.2.1 Estructura

El sistema de salud paraguayo se encuentra reglamentado por el capítulo VI de la Constitución Nacional de 1992, donde se consagran la salud y la calidad de vida como derechos, el Código Sanitario (Ley 836/80) que da las competencias al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y la Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud. La principal función del sistema es implementar políticas de prevención, recuperación y rehabilitación ((Guillén, 2011).

Este es un sistema de salud mixto, integrado por un sector público subsectoriado (centralizado y descentralizado), uno privado y otro mixto. El subsector público centralizado, administrado por el Estado nacional, está conformado por el MSPBS y las Sanidades Militar, Policial y de la Armada. El subsector público descentralizado lo integran el Instituto de Previsión Social (IPS), la Universidad Nacional de Asunción con el Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil, las gobernaciones y municipios. El sector privado cuenta con entidades sin fines de lucro como las organizaciones no gubernamentales y las cooperativas; con fines de lucro como la medicina prepaga y otros como proveedores privados. Además, dentro de los sectores de la salud se encuentra la Cruz Roja paraguaya que es la única entidad mixta con financiamiento del Ministerio y de una fundación privada sin fines de lucro (Guillén, 2011; Mancuello & Cabral de Bejarano, 2011). La Figura 2 representa el sistema de salud paraguayo.

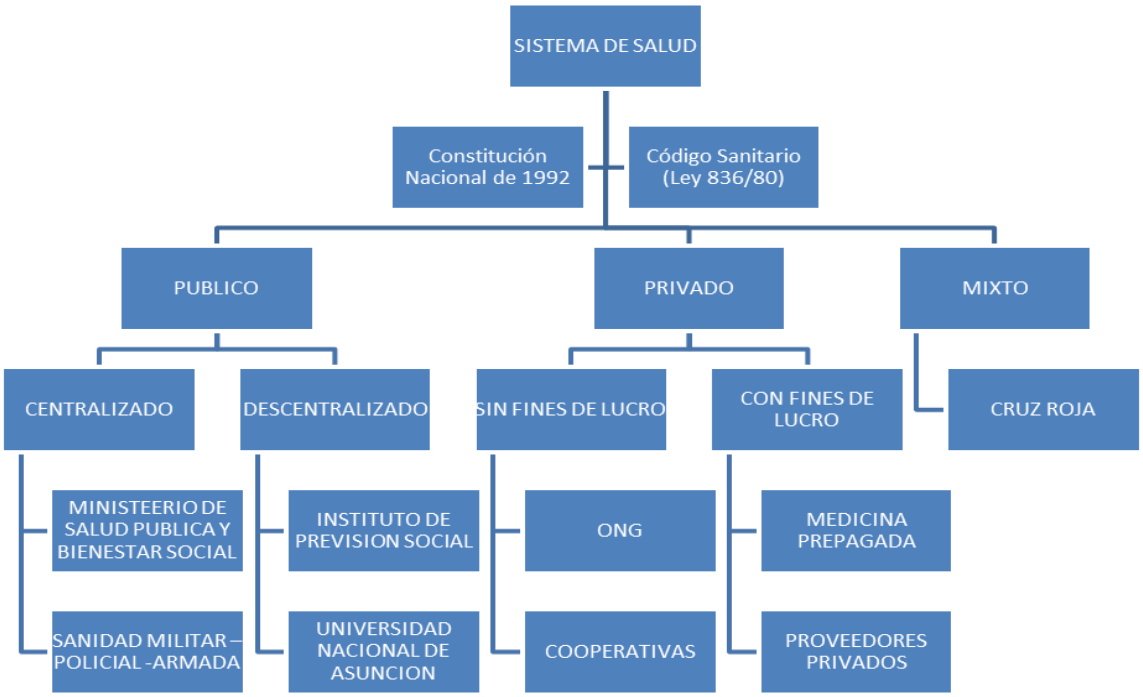

Figura 2 Diagrama del sistema de salud paraguayo.

Fuente: modificado de (Mancuello & Cabral de Bejarano, 2011)

1.2.2 Financiación

La financiación del sistema de salud varía según los sectores y subsectores. El sector público centralizado, donde se encuentran la Sanidad Militar y la Policial, es financiado por el tesoro público. Por su parte, el descentralizado recibe los aportes al seguro social por parte de los hogares y los empleadores de empresas privada. LSus afiliados aportan como máximo 9% del salario, los empleadores 4% y el Estado 1,5%. (Mancuello & Cabral de Bejarano, 2011)

Los regímenes especiales dentro del sector público como los maestros aportan 5,5% de su salario y las instituciones educativas con 2,5% de sus

declaraciones. Los independientes aportan 8% de sus ingresos. Las empleadas del servicio doméstico pagan 3% de su salario, mientras sus empleadores 5%. Los jubilados aportan 5% de sus pensiones (Mancuello & Cabral de Bejarano, 2011). El sector privado es financiado por el pago de bolsillo de los ciudadanos y el sector mixto por los empleadores de empresas privadas a través de primas y por intercambios financieros sectoriales y donaciones (Guillén, 2011; Mancuello & Cabral de Bejarano, 2011).

En cuanto a los gastos en salud, el país ha experimentado un aumento progresivo en el porcentaje del producto interno bruto (PIB) invertido en el sector: pasó de 2,5% en 2005 a 3,4% en 2011 aumentó al 9.7%, lo cual evidencia el compromiso del Estado con la salud mediante el fortalecimiento de políticas públicas (CIA, 2014; Guillén, 2011).

1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios

Antes de la Resolución Ministerial S.G. Nº 101 del 17 de septiembre de 2008, el modelo de atención era piramidal, con cuatro niveles de atención y siete niveles de complejidad; en su base se encontraban los puestos y centros de salud, así como los dispensarios, y en la punta, hospitales de alta complejidad. Esta estructura tenía poca articulación entre los sectores y sus niveles, lo que llevó a la segmentación, la fragmentación de los servicios y a la poca resolutividad, al separar las acciones de prevención y las de asistencia. Frente a esta desarticulación, el gobierno realizó una reorientación con políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad (.(Bursztyn et al., 2010) (Dullak et al., 2011)

La Resolución Ministerial 101 de 2008 integra los servicios, cambiando el modelo piramidal por uno en red que amplía la cobertura en salud a la población más vulnerable como la indígena, reduce la exposición a riesgos mediante cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud, mejora los mecanismos y las oportunidades de participación de la población y brinda educación en salud, posicionando así la Atención primaria en salud. En el nuevo modelo para el acceso y la cobertura en salud tiene como puerta de entrada a diferentes equipos de trabajos ubicados en Unidades de Salud Familiar (USF) que se articulan con la atención especializada en centros ambulatorios de especialidades (CAES) y con la atención hospitalaria en hospitales básicos, generales y especializados (Guillén, 2011).

Cada USF tienen una población asignada de 3.200 a 3.500 personas, quienes pueden recibir atención en control prenatal, citología cervico-vaginal, toma de laboratorio, test rápido para detectar VIH, planificación familiar, vacunaciones, control de pacientes con enfermedades crónicas (diabéticos, hipertensos, etc.), medición de peso y talla, y de presión arterial y glicemia, cirugías menores, distribución de medicamentos esenciales gratuitos, entre otros servicios. En 2013 se encontraban en funcionamiento 60 USF en los 17 departamentos y en el distrito capital (Rios, 2014)

La evaluación de las USF ha evidenciado resultados positivos dentro de la estructura de salud, así como la aceptación de la comunidad, mayor acceso a los servicios por parte de la población, reducción en el número de consultas en hospitales y el compromiso y la formación del equipo de salud

con la participación del médico familiar. En el monitoreo realizado en el año 2012, se evaluaron 18 USF; en cada una se identificó la participación del médico familiar (*véase* Figura 3). El equipo básico de salud está constituido por 1 médico, 1 licenciado en enfermería y/u obstetricia, 1 auxiliar de enfermería y 3 a 5 agentes comunitarios de salud. Además, para cada dos equipos de salud de la familia se instala un equipo de salud oral. (consultora, 2012)

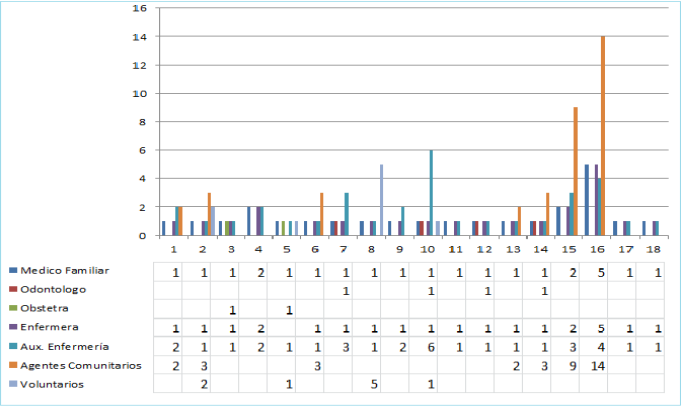

Figura 3 Composición del equipo de salud en 18 USF

Fuente: (consultora, 2012) pág. 34

Este monitoreo evidenció algunas debilidades como la carencia de agentes comunitarios, poca articulación entre las instituciones del sistema nacional de salud y las organizaciones comunitarias, deficiencias tanto en infraestructura como en equipos médicos y, en algunos casos, en los equipos médicos por déficit presupuestales o poca planificación. Esto disminuye su capacidad de cobertura y la resolutividad.

Para superar estas debilidades y fortalecer la estructura de la atención primaria se presentó la Propuesta Política Pública para el Desarrollo Social

“Paraguay para todos y todas 2010-2020”(Guillén, 2011; Unidad Técnica del & Gabinete Social de la Presidencia de la República, 2008). Este es el principal marco para el desarrollo y la integración de las políticas sociales y el desarrollo del país. Los ejes estratégicos de la propuesta son: 1) Calidad de vida para todos y todas: comprende salud, educación, vivienda, agua, saneamiento, identificación civil y seguridad alimentaria. 2) Inclusión social y superación de la pobreza y la desigualdad: se centra en la niñez y la población indígena 3) Crecimiento económico sin exclusiones: hace énfasis en empleo y reforma agraria. 4) Fortalecimiento institucional y eficiencia en la inversión social. (Unidad Técnica del & Gabinete Social de la Presidencia de la República, 2008)

2. FORMACIÓN DEL MÉDICO FAMILIAR, ATENCIÓN PRIMARIA Y MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

2.1 Formación en medicina familiar

2.1.1 Hitos de la medicina familiar

Los orígenes de la medicina familiar en Paraguay se remontan a 1987, cuando el doctor Wesley Schmidt, médico familiar estadounidense, organizó la primera residencia en el Hospital Bautista de Asunción (centro privado). Wesley fue el director del programa hasta 2001 (Szwako, 2007) De este centro egresaban entre cuatro y cinco médicos de familia por año; durante más de diez años, esta fue la única institución formadora de especialistas en medicina familiar. Esto cambió en 1998 con la apertura de un programa conjunto de residencias del Centro Médico Bautista (CMB) y el Ministerio de Salud Pública (Szwako, 2007)

En 2007 existían cinco programas de residencia, dos de los cuales funcionan en hospitales privados (Centro Médico Bautista y Hospital Universitario dependiente de la Universidad Católica) y los otros tres en hospitales públicos (Hospital de Clínicas, Hospitales Regionales e Instituto de Previsión Social) (Szwako, 2007). Adicionalmente a estos centros, en 2014 comenzaron a ofrecerse cursos y diplomados virtuales en Medicina Familiar del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ([SPMF], 2014)

En 1991 se creó la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar (SPMF) que reúne la gran mayoría de los médicos familiares. Esta realiza actividades de

formación y actualización, además de tener la única publicación gratuita de carácter semestral de la especialidad. Desde 2007, reglamenta la certificación y la recertificación, siendo este un proceso voluntario mediante el cual se reconoce la formación de posgrado en un alto nivel de excelencia.

En 1994 se realizó el Primer Congreso Paraguayo de Medicina Familiar, el segundo en 1999 y el tercero en 2008. Ese año nace el compromiso de la SPMF y su Comisión Directiva de organizar el congreso cada tres años. La edición de 2011 contó con la participación de casi 800 médicos.([SPMF], 2014; Szwako, 2007)

Se estima que en 2007 existían 400 médicos certificados (Szwako, 2007); sin embargo, según los datos oficiales de la página de la SPMF, en 2014 solo estaban registrados 151 médicos con certificación oficial ([SPMF], 2014). En el observatorio regional de recursos humanos en salud de la organización panamericana de salud y la organización mundial de la salud, en los Diálogo Virtual sobre la formación de especialistas en Medicina Familiar en el marco de la Cobertura Universal de Salud, en la presentación del a doctora Diana Yuhurahan menciona que para junio de 2014 se encontraban 240 médicos familiares certificados (Yuruhan, 2014).

2.1.2 Características de los programas académicos

El programa de formación en Medicina Familiar se encuentra unificado desde 2008, cuando la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar y el Instituto Nacional de Salud llegaron a un consenso al respecto([SPMF], 2009). Esto lo

convirtió en el marco referencial para los diferentes programas en pro de una formación uniforme Por ejemplo, establece la duración de la especialidad en mínimo tres años, con una intensidad horaria total de 12.108 horas y 55 horas semanales ([SPMF], 2009; [UCMB], 2014) Como requisito de ingreso se requiere el puntaje otorgado por la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREM); este determina la asignación de plazas por orden decreciente.

El programa unificado recomienda que en primer año se realicen rotaciones intrahospitalarias y a partir de segundo que estas se desarrollen preferiblemente en la comunidad. El Cuadro 2 presenta la distribución horaria por año y el Cuadro 3 la distribución de los horarios y días de consultorio del programa de Medicina Familiar del Sanatorio Adventista de Asunción. (Sanatorio Adventista, 2009)

Tabla 2 Distribución horaria recomendada según el Reglamento de Medicina Familiar

Especialidad	**Año I**	**Año II**	**Año III**
Clínica médica	4 meses	3 meses	2 meses
Pediatría	4 meses	3 meses	2 meses
Gineco-obstetricia	3 meses	2 meses	1 mes
Cirugía	2 meses	1 mes*	1 mes*
Medicina de urgencias	1 mes	1 mes	2 meses
Traumatología		1 mes	
Urología		1 mes	
Neurología		1 mes	
Cardiología		1 mes	

Endocrinología		1 mes	
Gastroenterología		1 mes +	
Dermatología		1 mes	
Nefrología		1 mes +	
Geriatría		1 mes *	
Psiquiatría		1 mes *+	
Medicina de imágenes		1 mes +	
Medicina familiar		Reuniones semanales	
Medicina comunitaria		Asistencia a consultorio según esquema propuesto	
Aspectos administrativos		60 horas académicas en 3 años	
Oftalmología	2 semanas +		2 semanas +
Otorrinolaringología	2 semanas +		2 semanas +
Anestesiología	2 semanas +		2 semanas +
Asistencia a otros centros	2 semanas +		2 semanas +

* En consultorio + Optativo

Fuente: Sanatorio Adventista De Asunción (2009, pp. 63- 64)Tabla 3 Distribución de los horarios y días de consultorio según el Reglamento de Medicina Familiar

Año del programa	**Días de consulta/semana**	**Horas/día**	**Consultas/año**	**Pacientes asignados**
I	s/disponibilidad		Pacientes internados	
II	2 -3	3-4	528- 1188	300-400
III	3 -5	3-4	1188 -2640	450-600

Fuente: Sanatorio Adventista de Asunción (200, p. 6).

Dado que en el momento de la implementación de las políticas de APS, existía un número limitado de especialistas en medicina Familiar, y para poder cubrir se generaron algunas

alternativas de formación como el Curso virtual de capacitación en medicina familiar y atención primaria de salud, que se ofreció en el Aula Virtual del Campus de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud entre el 1º. de agosto de 2011 y el 6 de agosto de 2012. Se basó en el programa unificado y se dividió en diez módulos de cuatro semanas cada uno. En cada uno se desarrollaron cuatro ejes temáticos de la especialidad, como salud del adulto, salud del niño, salud de la mujer, área de medicina familiar y atención primaria de salud, para un total de 40 temas (Campus virtual de Salud Pública, 2012) (Salud o. P.). Los artículos revisados no precisan información adicional sobre la evolución de este curso. Sin embargo en entrevista no formal con el doctor Andres Swako, durante el 4to congreso Iberoamericano de Medicina Familiar, realizado en la ciudad de Montevideo –Uruguay en marzo de 2015, menciona que este curso virtual tendrá una duración de 5 años para el cumplimiento total de los créditos del programa, pero este ha tenido dificultades en su desarrollo por perdida de apoyo político, limitando así al continuidad del mismo y la apertura de nuevos programas virtuales.

Según datos de julio de 2014, en ese momento existían cinco instituciones con programas de medicina familiar. A continuación se especifica el número de médicos familiares que se estaban formando en ese momento:

- Instituto de Previsión Social: 43

- Hospital de Clínicas: 10

- Centro Médico Bautista/MSP-BS: 56

- Curso virtual a médicos de APS: 39

- Sanatorio Adventista: 6 (Yuruhan, 2014).

Y el Diplomado virtual en Medicina Familiar y APS que inicio el 26 de septiembre de 2014 comenzó en la plataforma de la Dirección Nacional Estratégica de Recursos Humanos en Salud (DNERHS), dirigido a médicos de las unidades de salud de la familia. Este se desarrolla con cuatro módulos: Salud del niño/a, Salud de la mujer, Salud del adulto y Medicina familiar y APS, con una duración de dos meses por módulo. Cuenta además con un componente práctico mediante pasantías en los hospitales distritales y regionales (Gabinete social - presidencia de la república del paraguay.2014)

2.2 Aporte de la medicina familiar a la atención primaria en salud

2.2.1 Ámbitos de desempeño

El médico familiar paraguayo labora esencialmente en las unidades de salud familiar (consultora, 2012) Otro de sus ámbitos de desempeño son los sitios de formación como en el Centro Médico Bautista donde apoya el desarrollo de un modelo asistencial y de docencia ([UCMB], 2014)

Cabe resaltar que el médico familiar paraguayo no solo ejerce sus funciones en el ámbito público y académico, sino que también tiene un rol importante en la medicina prepagada. Se puede suponer que también se dedica a labores docentes con el aumento de unidades formadoras en el interior del país, el aumento del número de residentes de esta especialidad y la

formación en medicina familiar que se ha dado en el pregrado (Yuruhan, 2014).

2.2.2 Aporte del médico familiar a la atención primaria en salud

La formación tanto de médicos familiares como de los otros especialistas en esta disciplina contempla todos los principios reglamentados por la WONCA, que los convierten en un recurso humano idóneo para implementar la APS y aumentar la capacidad resolutiva en la puerta de entrada que esta requiere.

Según el monitoreo del programa de Unidad de Salud de Familia, entre los resultados positivos de la medicina familiar en Paraguay menciona un menor número de remisiones, de consultas de urgencias y de hospitales, lo cual permite hacer un uso más racional y eficaz de los recursos. Se describen como amenazas la disminución del número de USF, poco interés de los egresados de la especialidad en trabajar en estas unidades y su contratación en ámbitos diferentes (consultora, 2012) (Yuruhan, 2014).

3. CONCLUSIONES

Como en casi toda Latinoamérica, Paraguay ha dado un salto importante hacia la atención primaria en salud (APS), con las diferentes reformas en el sector para subsanar las necesidades de la población. A pesar de que existe un sistema mixto con poca cobertura de aseguramiento, se le ha apostado al modelo basado en equipos de familia con buenos resultados.

La experiencia de la APS dentro del sistema se desarrolla con mayor fuerza desde el 2008 con la Resolución Ministerial 101, la cual cambia el modelo asistencial de piramidal a uno en red donde la puerta de entrada son las USF. La organización del modelo basado en estas unidades ha permitido superar la fragmentación del sistema.

Se ha reconocido la necesidad de un médico especialista en APS como actor principal en este plan y hay participación de médicos familiares en USF. Se describe poco interés en los egresados de estar en estas unidades, por lo que se requiere estudiar las razones de esto.

Se ha visto el crecimiento de la especialidad en los últimos años con apertura de diferentes programas de formación de residentes, entre ellos los cursos virtuales de capacitación. Los resultados de estos cursos aún no hay descritas experiencias ni hay informes que evalúen los resultados de esta experiencia en la literatura revisada.

REFERENCIAS

[SPMF]. (2009). Programa de residencia en medicina familiar - UNIFICADO. Obtenido de:http://www.spmf.org.py/images/PROGRAMADEMEDICINAFAMILIARUNIFICADO.pdf

[SPMF]. (2014). Sociedad paraguaya de medicina familiar - residencias medicas. Obtenido de: http://www.spmf.org.py/index.php/fines-y-objetivos

[UCMB]. (2014). Universidad centro médico Bautista Medicina familiar » universidad centro medico bautista. Obtenido de: http://ucmb.edu.py/posgrado/medicina-familiar/

Bursztyn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman-Heimann, L., Riveros, M. I., & Sollazzo, A. (2010). Notes for studying primary care within the context of Segmented health systems. [Notas para el estudio de la Atencion Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados] *Revista De Salud Publica (Bogota, Colombia), 12 Suppl 1*, 77-88. Obtenido de:http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a06.pdf

Campus virtual de Salud Pública. (2012). Finalización del 1º año del “Curso virtual de capacitación en medicina familiar y atención primaria de salud” | campus virtual de salud pública - nodo paraguay. Obtenido de:http://paraguay.campusvirtualsp.org/?q=node/104

Central Intelligence Agency. (2014). The world factbook - PARAGUAY. Obtenido de:https://www.cia.gov/library/publications/the-world-

factbook/geos/pa.html

Consultora, P. (2012). Monitoreo del programa de unidad de salud de la familia (USF), como programa emblemático de la política de desarrollo social, paraguay para todos y todas 2010-2020. Obtenido de:http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/11/DIPLANP-2012.pdf

Dullak, R., Rodriguez-Riveros, M. I., Bursztyn, I., Cabral-Bejarano, M. S., Ruoti, M., Paredes, M. E., . . . Molinas, F. (2011). Primary healthcare in paraguay: Overview and prospects. [Atencion Primaria en Salud en Paraguay: panoramica y perspectiva] *Ciencia & Saude Coletiva, 16*(6), 2875. Obtenido de:http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/24.pdf

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Gabinete social - presidencia de la república del paraguay. (2014). Lanzamiento de Curso Virtual en Diplomado en Medicina Familiar y APS. http://www.mspbs.gov.py/aps/lanzamiento-de-curso-virtual-en-diplomado-en-medicina-familiar-y-aps/

Guillén, M. C. (2011). PARAGUAY - SISTEMAS DE SALUD EN SUDAMERICA: DESAFÍOS HACIA LA INTEGRALIDAD Y EQUIDAD. Obtenido de:http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/SSS-PARAGUAY-2011.pdf

Mancuello, J., & Cabral de Bejarano, M. (2011). *Sistema de salud de paraguay*. (2013). Indicadores básicos de salud Obtenido de:http://www.mspbs.gov.py/indicadoresdesalud/wp-content/uploads/2013/08/indicadores-2013_web.pdf

Rios, G. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de américa del sur - mapeo de la APS en paraguay. *Mapeo APS Paraguay Nota Metodológica,* Obtenido de:http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[128]ling[2]anx[530].pdf

Sanatorio Adventista. (2009). *Reglamento de residencia en medicina familiar*

Szwako, A. (2007). Family medicine in paraguay. [Medicina familiar en Paraguay] *Atencion Primaria / Sociedad Espanola De Medicina De Familia Y Comunitaria, 39*(6), 323.

Unidad Técnica del, & Gabinete Social de la Presidencia de la República. (2008). PROPUESTA PARA EL DESARROLLO SOCIOECONÓMICO CON EQUIDAD, IGUALDAD Y UNIVERSALIDAD propuesta de política pública para el desarrollo social 2010-2020. Obtenido de:http://www.mag.gov.py/POLITICAS%20PUBLICAS/PPDS%202010%202020.pdf

Yuruhan, D. (2013). Situación de salud en paraguay -programas de formación en medicina familiar. Obtenido de:http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/DianaYuruhan_paraguay.pdf