

ARTÍCULO ACADÉMICO • INVESTIGACIÓN ORIGINAL • DOI: <https://doi.org/10.67827/0pz63s41>

Análisis crítico del sistema de salud paraguayo y lineamientos de reforma basada en la atención primaria de salud (2015-2025)

Critical analysis of the Paraguayan health system and reform guidelines based on primary health care (2015-2025)

✉ **Silvio Ortega Rolón**,  mail: silvioortega10@gmail.com

✉ **Elizabeth Ynsfran**,  mail: ynsfran@viaprodesarrollo.edu.py

*Programa Académico – Maestría en Gerencia y Administración Hospitalaria
Instituto Superior Vía Pro Desarrollo, Asunción, Paraguay*

Recibido: 22/04/2026

Aceptado: 25/04/2026

Publicado: 30/08/2026

Cómo citar este artículo:

Ortega Rolón, S.; Ynsfran Segovia, E. (2026). Análisis crítico del sistema de salud paraguayo y lineamientos de reforma basada en la atención primaria de salud (2015-2025). Revista Científica VIACONCIENCIA, 1(2). P (40-61) - DOI: <https://doi.org/10.67827/0pz63s41>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0 Internacional © 2026
Instituto Superior Vía Pro Desarrollo. Todos los derechos reservados.

RESUMEN

El sistema de salud paraguayo enfrenta desafíos estructurales que comprometen la garantía efectiva del derecho constitucional a la salud. Este estudio realiza una revisión macro del sistema nacional de salud paraguayo y propone lineamientos estratégicos de reforma hacia un modelo centrado en la salud pública y la atención primaria de salud (APS). El diseño metodológico fue una revisión documental sistemática del período 2015-2025, de enfoque mixto con predominancia cualitativa y alcance descriptivo-analítico y propositivo, sustentada en documentos oficiales, informes de organismos internacionales, publicaciones científicas y experiencias comparadas de la región. Los resultados revelan la fragmentación en cuatro subsistemas desarticulados, financiamiento público insuficiente (3,15 % del PIB frente al estándar del 6 %), gasto de bolsillo del 47 % con gastos catastróficos y empobrecimiento, un modelo curativo-hospitalario que asigna solo el 22 % de los recursos al primer nivel, déficit y mala distribución de recursos humanos (13,2 médicos por 10.000 habitantes, 68 % en el área metropolitana) y marcadas inequidades socioeconómicas, territoriales y étnicas, hasta 3,5 veces peores en población indígena. Sobre ese diagnóstico nacional, el análisis de las reformas de

Costa Rica, Brasil, Uruguay y Chile demuestra la viabilidad de sistemas basados en APS que alcanzan mejores resultados con menores costos. Se concluye que una reforma integral y gradual —gobernanza fortalecida, financiamiento solidario hacia el 6 % del PIB, reorientación hacia la APS, desarrollo de recursos humanos, sistemas de información integrados y participación social— constituye la ruta más viable y eficiente para universalizar el derecho a la salud en Paraguay.

Palabras clave: sistema de salud; atención primaria de salud; reforma de la atención de salud; equidad en salud; financiación de la salud; Paraguay

ABSTRACT

The Paraguayan health system faces structural challenges that compromise the effective guarantee of the constitutional right to health. This study conducts a macro-level review of the Paraguayan national health system and proposes strategic reform guidelines toward a model centered on public health and primary health care (PHC). The methodological design was a systematic documentary review covering the 2015-2025 period, with a mixed approach of qualitative predominance and a descriptive-analytical and propositional scope, based on official documents, reports from international organizations, scientific publications, and comparative experiences from the region. The results reveal fragmentation into four disjointed subsystems, insufficient public financing (3.15% of GDP versus the 6% standard), out-of-pocket spending of 47% with catastrophic expenditures and impoverishment, a curative-hospital model that allocates only 22% of resources to the first level of care, a deficit and maldistribution of human resources (13.2 physicians per 10,000 inhabitants, 68% in the metropolitan area), and marked socioeconomic, territorial, and ethnic inequities, up to 3.5 times worse among the indigenous population. Building on this national diagnosis, the analysis of the reforms of Costa Rica, Brazil, Uruguay, and Chile demonstrates the feasibility of PHC-based systems that achieve better results at lower costs. It is concluded that a comprehensive and gradual reform —strengthened governance, solidarity-based financing toward 6% of GDP, reorientation toward PHC, human resource development, integrated information systems, and social participation— constitutes the most viable and efficient route to universalize the right to health in Paraguay.

Keywords: health systems; primary health care; health care reform; health equity; healthcare financing; Paraguay

1. INTRODUCCIÓN

La salud constituye un derecho humano fundamental reconocido en la Declaración de Alma-Ata de 1978 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1978) y consagrado en el artículo 68 de la Constitución Nacional de Paraguay, que obliga al Estado a proteger y promover la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad (República del Paraguay, 1992). Sin embargo, la consagración normativa no garantiza automáticamente su efectivización: en Paraguay persiste una brecha significativa entre el derecho declarado y las condiciones reales de acceso a servicios de salud de calidad, especialmente para los sectores más vulnerables de la población (Giménez Caballero & Cabral, 2020).

El sistema de salud paraguayo enfrenta desafíos estructurales profundos. Se caracteriza por una fragmentación institucional marcada entre cuatro subsistemas que operan de manera paralela y desarticulada —el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS), las sanidades militares y policiales y el sector privado—, por la inequidad en el acceso, por la insuficiente inversión en atención primaria y por un modelo asistencial predominantemente curativo-hospitalario (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Esta configuración perpetúa brechas sanitarias que afectan particularmente a la población rural, las comunidades indígenas y los sectores de menores ingresos.

En términos de financiamiento, el gasto público en salud representa apenas el 3,15 % del Producto Interno Bruto (PIB), aproximadamente la mitad del estándar del 6 % recomendado por la OPS para avanzar hacia la cobertura universal, mientras que el 47 % del gasto total en salud proviene directamente del bolsillo de las familias, generando gastos catastróficos que empobrecen anualmente a miles de hogares (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPyBS], 2023b). La distribución de los recursos agrava el problema: el nivel terciario concentra el 40 % del presupuesto sanitario, mientras el primer nivel de atención —puerta de entrada del sistema— recibe únicamente el 22 %.

El modelo asistencial vigente responde reactivamente a la enfermedad en lugar de anticiparse a ella. Los indicadores epidemiológicos reflejan esta deficiencia: la razón de mortalidad materna alcanza 84 por 100.000 nacidos vivos, un 20 % por encima de la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la tasa de mortalidad infantil llega a 16,8 por 1.000 nacidos vivos (MSPyBS, 2023a). El país presenta además una prevalencia creciente de enfermedades crónicas no transmisibles con control inadecuado —solo el 23 % de los hipertensos y el 28 % de los diabéticos alcanzan control metabólico— y un descenso

preocupante de las coberturas de vacunación que ha propiciado la reemergencia de enfermedades prevenibles como el sarampión (MSPyBS, 2024).

La distribución geográfica de los servicios reproduce y amplifica las desigualdades socioeconómicas: el 68 % de los médicos se concentra en Asunción y el Departamento Central, mientras la población indígena registra una mortalidad materna 3,5 veces superior y una mortalidad infantil 2,5 veces mayor que el promedio nacional. Estas inequidades no son inevitables. La experiencia internacional demuestra que los sistemas de salud basados en la atención primaria logran mejores resultados sanitarios con menores costos (Starfield, 1994; Starfield et al., 2005). Costa Rica, con un gasto per cápita inferior al de varios países de la región, alcanzó una mortalidad infantil de 6,9 por 1.000 y una esperanza de vida de 80,3 años mediante los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Sáenz et al., 2011); Brasil expandió la cobertura de atención primaria a 135 millones de personas mediante la Estrategia de Salud Familiar (Macinko & Harris, 2015); y Uruguay alcanzó el 90 % de cobertura en cinco años mediante una reforma comprehensiva (Aran & Laca, 2012).

El contexto pospandemia ofrece una ventana de oportunidad histórica: la COVID-19 expuso las vulnerabilidades de los sistemas fragmentados y hospitalocéntricos, y existe un consenso creciente entre actores políticos, académicos y de la sociedad civil sobre la necesidad de transformar el sistema (Atun et al., 2015). En este marco, la presente investigación se formuló la siguiente pregunta general: ¿cuáles son las características, limitaciones y oportunidades del sistema de salud paraguayo actual que fundamentan la necesidad de una reforma orientada hacia un modelo centrado en la salud pública y la atención primaria de salud?

El objetivo general fue realizar una revisión macro del sistema nacional de salud paraguayo, sustentada en indicadores trazadores como el gasto de bolsillo y la proporción del PIB asignada a salud, y proponer lineamientos para una reforma sanitaria orientada hacia un modelo centrado en la salud pública y la APS, mediante una revisión documentada de literatura científica, normativas nacionales e internacionales y experiencias comparadas. Los objetivos específicos fueron: (1) caracterizar el sistema de salud paraguayo en sus dimensiones de estructura, financiamiento, modelo de atención, recursos humanos, resultados sanitarios y equidad durante el período 2015-2025; (2) analizar modelos de reforma sanitaria basados en APS implementados exitosamente en América Latina, identificando factores facilitadores, barreras y elementos transferibles; y (3) elaborar una propuesta de lineamientos estratégicos de reforma adaptada a las particularidades políticas, económicas y socioculturales del país. Como hipótesis de trabajo se planteó que las características de fragmentación, financiamiento insuficiente, modelo curativo-hospitalario e inequidad del sistema paraguayo pueden ser

superadas mediante una reforma sanitaria integral basada en los principios de la APS, tal como lo demuestran experiencias exitosas de países de la región con contextos socioeconómicos comparables.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Sistemas de salud y atención primaria

Los sistemas de salud constituyen el conjunto de organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primaria es mejorar la salud de las poblaciones, y deben cumplir cuatro funciones esenciales: prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría (OMS, 2000). La configuración de estas funciones determina la capacidad del sistema para alcanzar sus objetivos de mejora en salud, capacidad de respuesta a las expectativas de la población y protección financiera (Frenk, 2006). La Declaración de Alma-Ata estableció los fundamentos de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar la salud para todos, definiéndola como asistencia sanitaria esencial, científicamente fundada y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias mediante su plena participación (OMS, 1978).

La evidencia empírica acumulada respalda la superioridad de los sistemas organizados en torno a una atención primaria robusta. Starfield (1994) demostró que los países con fuerte orientación hacia la APS presentan menores tasas de mortalidad prematura, mayor satisfacción de los usuarios y menor gasto per cápita, hallazgos confirmados por estudios comparativos posteriores en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Macinko et al., 2003) y por revisiones que establecen una asociación consistente entre la fortaleza de la APS y el desempeño general de los sistemas de salud (Starfield et al., 2005).

2.2 Modelos de sistemas de salud en América Latina

América Latina presenta una heterogeneidad significativa en la organización de sus sistemas sanitarios. Homedes y Ugalde (2005) identifican tres configuraciones predominantes: sistemas segmentados (Paraguay, Guatemala, Honduras), sistemas fragmentados en proceso de reforma (Perú, Colombia) y sistemas tendientes a la universalidad (Costa Rica, Cuba, Brasil). El modelo costarricense, reformado a partir de 1995 sobre la base de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud adscritos a la Caja Costarricense de Seguro Social, logró cobertura universal con resultados comparables a países desarrollados gracias al financiamiento solidario y a la asignación preferente de recursos al primer nivel (Sáenz et al., 2011). El Sistema Único de Salud de Brasil, fundado en los principios constitucionales de universalidad, integralidad y

participación social, expandió la atención primaria mediante la Estrategia de Salud Familiar con reducciones documentadas de la mortalidad infantil, particularmente en poblaciones vulnerables (Paim et al., 2011; Macinko & Harris, 2015). Chile, por su parte, estableció mediante el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES/AUGE) derechos exigibles de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para condiciones prioritarias, demostrando la viabilidad de pisos garantizados de atención en sistemas mixtos (Bastías et al., 2008).

2.3 Determinantes sociales, equidad y cobertura universal

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud estableció que las inequidades sanitarias resultan de la distribución desigual de poder, recursos y oportunidades (OMS, 2008). Marmot (2005) documentó gradientes sociales en salud que evidencian que el acceso a servicios, siendo necesario, es insuficiente para garantizar equidad sin intervenciones sobre los determinantes estructurales. Para América Latina, la región más desigual del mundo, esta perspectiva resulta particularmente relevante. En paralelo, la cobertura universal de salud emergió como paradigma normativo dominante, adoptado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y desarrollado regionalmente por la OPS (2014) mediante una estrategia basada en la ampliación del acceso equitativo, el fortalecimiento de la rectoría, el financiamiento con equidad y la acción intersectorial. Giovanella et al. (2018) muestran que los países latinoamericanos que más avanzaron hacia la cobertura universal fueron aquellos que fortalecieron sistemas públicos basados en APS, en contraste con los modelos centrados en el aseguramiento y la competencia de proveedores.

2.4 Financiamiento, recursos humanos y participación social

El financiamiento constituye una función crítica: los sistemas con alto componente de gasto de bolsillo exponen a las familias a gastos catastróficos que pueden precipitarlas a la pobreza (Xu et al., 2003; Wagstaff et al., 2018). La evidencia regional demuestra que los países con mayor gasto público en salud como porcentaje del PIB presentan menores niveles de gasto de bolsillo y mejor protección financiera, lo que fundamenta las recomendaciones de incrementar la inversión pública y mancomunar riesgos mediante esquemas solidarios (Titelman et al., 2015). En materia de recursos humanos, América Latina enfrenta simultáneamente escasez, mala distribución y preparación inadecuada de los profesionales, con concentración urbana de especialistas y déficits críticos en medicina familiar y comunitaria (Dal Poz et al., 2013). Finalmente, la participación comunitaria, pilar de Alma-Ata, mejora la pertinencia de las intervenciones y empodera a las poblaciones (Rifkin, 2009); experiencias

como los Consejos de Salud brasileños institucionalizan la participación ciudadana en la planificación y fiscalización de los servicios (Cornwall & Shankland, 2008).

2.5 Marco normativo paraguayo

El artículo 68 de la Constitución Nacional consagra la salud como derecho fundamental y el artículo 69 mandata la promoción de un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con concertación y complementación de los sectores público y privado (República del Paraguay, 1992). La Ley N.º 1032/1996 creó el Sistema Nacional de Salud bajo la rectoría del MSPyBS, con principios de universalidad, equidad, integralidad, participación comunitaria y descentralización (Congreso de la Nación Paraguaya, 1996). Sin embargo, la implementación efectiva de este marco ha sido limitada: persiste la fragmentación institucional entre el MSPyBS, el IPS y las sanidades, con escasa coordinación real, y el Código Sanitario de 1980, previo a la Constitución vigente, no responde a los desafíos contemporáneos de las enfermedades crónicas, los determinantes sociales y los nuevos modelos de atención (Giménez Caballero & Cabral, 2020). Esta brecha entre el mandato constitucional de un sistema integrado y la realidad operativa fragmentada constituye el vacío que el presente estudio aborda: la ausencia de un análisis sistemático y actualizado del sistema paraguayo con un enfoque propositivo que fundamente técnicamente sus opciones de reforma.

3. METODOLOGÍA

El estudio adoptó un enfoque mixto con predominancia cualitativa: un componente cualitativo de análisis interpretativo de políticas sanitarias, marcos normativos, modelos de atención y experiencias de reforma, y un componente cuantitativo de análisis descriptivo de indicadores sanitarios, financieros y de recursos humanos. Se desarrolló mediante una revisión documental sistemática de fuentes correspondientes al período 2015-2025, de alcance descriptivo-analítico y propositivo, con diseño no experimental y transversal, estructurada en cuatro fases: exploratoria (identificación de fuentes y estrategias de búsqueda), descriptiva (caracterización del sistema paraguayo), comparativa (análisis de experiencias internacionales) y propositiva (elaboración de lineamientos de reforma).

La población de estudio estuvo constituida por el universo de documentos, publicaciones científicas, informes oficiales, normativas y datos estadísticos relacionados con el sistema de salud paraguayo (2015-2025), los modelos de atención primaria en América Latina, las reformas sanitarias orientadas a la cobertura universal y los indicadores de salud de Paraguay y países comparadores. La muestra se configuró mediante muestreo intencional por

criterios: se incluyeron documentos publicados entre 2015 y 2025 —admitiendo referencias conceptuales fundamentales anteriores, como la Declaración de Alma-Ata o la Constitución Nacional—, en español, inglés o portugués, con respaldo institucional o académico verificable; se excluyeron documentos sin metodología explícita, duplicados o con información fragmentaria. La muestra documental final comprendió entre 80 y 120 documentos: artículos científicos indexados, documentos oficiales paraguayos, informes de organismos internacionales, normativas y estudios de caso de países comparadores.

La búsqueda se realizó en las bases SciELO, PubMed/MEDLINE, LILACS, Redalyc y Google Scholar, y en fuentes institucionales (portales del MSPyBS, de la OPS, de la OMS, del Banco Mundial y de la Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos [DGEEC]), utilizando términos de búsqueda en español e inglés combinados con operadores booleanos (sistema de salud Paraguay, atención primaria de salud, reforma sanitaria, cobertura universal de salud, financiamiento en salud). Como instrumentos de recolección se emplearon fichas de análisis documental (datos bibliográficos, tipo de documento, metodología, hallazgos, nivel de evidencia y aplicabilidad al contexto paraguayo), una matriz de sistematización de indicadores sanitarios, financieros y de recursos humanos de Paraguay y países comparadores, y una matriz de análisis comparativo de modelos de reforma (contexto, objetivos, estrategias, barreras, facilitadores, resultados y lecciones aprendidas).

El análisis de la información cualitativa se realizó mediante análisis de contenido temático (codificación inicial, categorización, identificación de patrones y síntesis interpretativa); los datos cuantitativos se procesaron mediante estadística descriptiva (frecuencias, proporciones, series temporales y comparaciones entre países). Se aplicó triangulación de fuentes —académicas, oficiales y de organismos internacionales— para fortalecer la validez de los hallazgos, junto con la evaluación crítica de la calidad metodológica de los estudios empíricos incluidos.

En cuanto a las consideraciones éticas, tratándose de una revisión documental sin participantes humanos, la investigación se rigió por los principios de integridad académica (citación conforme a las normas APA y ausencia de plagio), rigor metodológico (criterios explícitos y reproducibles de inclusión y exclusión, documentación completa del proceso) y responsabilidad social, con aprobación del protocolo por la comisión académica del programa de maestría y declaración de conflictos de interés. Entre las limitaciones se reconocen el sesgo de publicación inherente a las revisiones documentales, la ausencia de datos primarios que capturen percepciones de actores clave, la calidad variable de las estadísticas sanitarias paraguayas —con subregistro en áreas rurales e indígenas y fragmentación entre subsistemas—

y el carácter aproximado del análisis de viabilidad financiera, basado en experiencias comparadas y no en un costeo específico para Paraguay.

4. RESULTADOS

4.1 Características estructurales del sistema de salud paraguayo

El sistema opera mediante cuatro subsistemas paralelos y desarticulados. El MSPyBS atiende a la población sin seguridad social —aproximadamente el 70 % del total— a través de una red de 18 hospitales regionales, 152 hospitales distritales, 745 centros y puestos de salud y más de 800 Unidades de Salud de la Familia (USF) (MSPyBS, 2023a).

El IPS cubre al 17 % de la población (trabajadores formales y dependientes) con nueve hospitales propios, 44 policlínicas y 137 puestos sanitarios; las sanidades militares y policiales atienden al 3 %; y el sector privado, con 14 aseguradoras registradas, cubre alrededor del 10 %, concentrado en los estratos altos del área metropolitana. Esta segmentación genera duplicación de infraestructura en algunas zonas y déficits críticos en otras, pérdida de economías de escala en las compras —con precios diferenciados para medicamentos idénticos adquiridos por el MSPyBS y el IPS— y fragmentación de la información sanitaria.

La inequidad estructural se expresa en el gasto per cápita: el subsistema público invierte aproximadamente USD 184 anuales por habitante dependiente del MSPyBS, mientras el IPS destina USD 412 por afiliado, una diferencia de 2,2 veces que implica que la población más vulnerable recibe la menor inversión (MSPyBS, 2023b).

Los mecanismos de coordinación son más nominales que reales: el Consejo Nacional de Salud sesionó en promedio dos veces por año entre 2015 y 2020 —muy por debajo de la periodicidad trimestral normada— y no sesionó durante 2021-2022, en plena pandemia. No existen protocolos formales de derivación entre el MSPyBS y el IPS, y la Evaluación de Funciones Esenciales de Salud Pública calificó la rectoría con 0,42 sobre 1,00, una capacidad media-baja (OPS, 2020).

La organización por niveles presenta disfunciones severas: solo el 32 % de los establecimientos del primer nivel dispone de la totalidad de los medicamentos del listado básico, el 28 % cuenta con equipamiento completo y el 41 % presenta déficits de personal. En consecuencia, cerca del 45 % de las consultas de urgencias de los hospitales de segundo nivel corresponde a patologías de baja complejidad resolubles en el primer nivel. La referencia y contrarreferencia funcionan deficientemente: solo el 18 % de las derivaciones cuenta con

documentación completa y menos del 5 % de los pacientes derivados retorna con contrarreferencia, interrumpiéndose la continuidad de la atención.

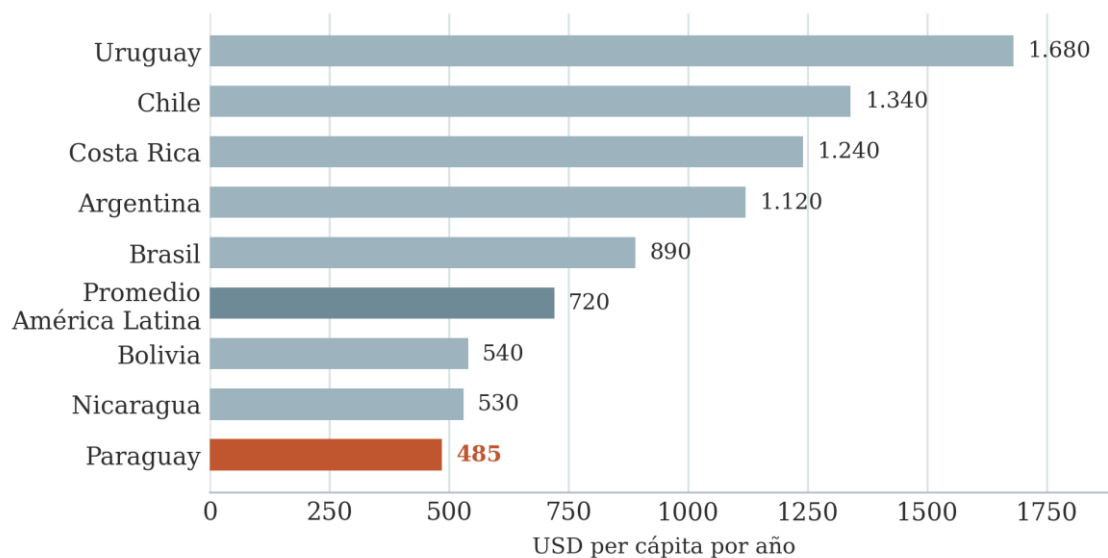
4.2 Financiamiento del sistema

El gasto total en salud representa aproximadamente el 6,7 % del PIB, del cual solo el 47 % es público (3,15 % del PIB) y el 53 % privado (3,55 % del PIB), compuesto en un 89 % por pagos de bolsillo (MSPyBS, 2023b). El gasto público se sitúa así en cerca de la mitad del estándar del 6 % del PIB recomendado por la OPS, y el gasto per cápita total (USD 485) resulta muy inferior al promedio latinoamericano (USD 720) e incluso insuficiente para financiar el paquete esencial de servicios costeados por la OPS para Paraguay (USD 280 per cápita solo en atención primaria comprehensiva), como se aprecia en la Figura 1.

La asignación presupuestaria configura una pirámide invertida: el tercer nivel concentra el 40 % de los recursos, el segundo el 38 % y el primero apenas el 22 %, cuando los sistemas eficientes basados en APS destinan entre el 40 % y el 50 % al primer nivel, como Costa Rica (45 %), Brasil (42 %) o Cuba (55 %) (véase Figura 2).

Figura 1

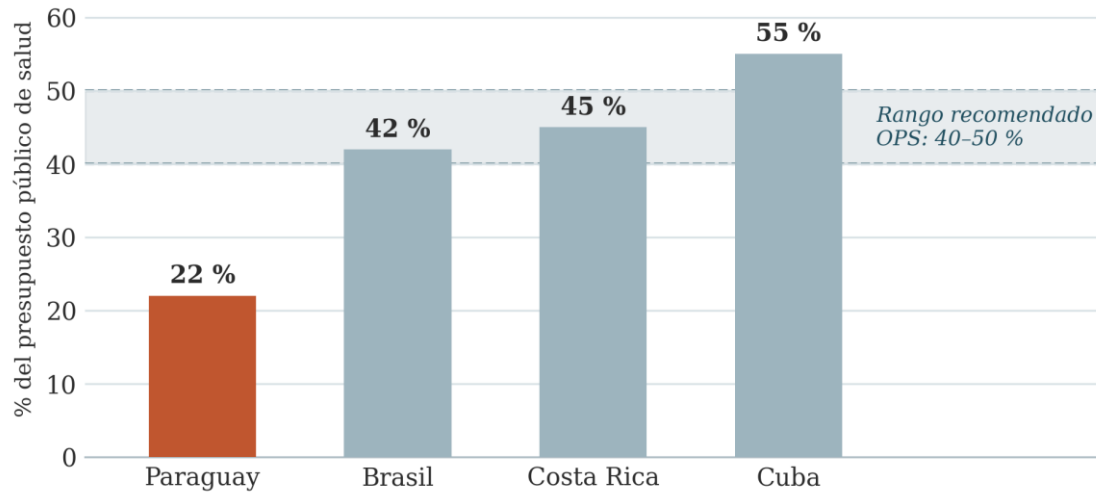
Gasto per cápita en salud en países seleccionados de América Latina (USD, 2022)



Nota. AL = América Latina. Elaboración propia a partir de MSPyBS (2023b) y OPS (2023).

Figura 2

Proporción del presupuesto público de salud asignada al primer nivel de atención



Nota. OPS = Organización Panamericana de la Salud; el rango sombreado indica la asignación recomendada para sistemas basados en atención primaria. Elaboración propia a partir de MSPyBS (2023b), Sáenz et al. (2011) y Paim et al. (2011).

Tabla 1

Indicadores de financiamiento del sistema de salud paraguayo frente al estándar regional

Indicador	Paraguay	Estándar / referencia
Gasto total en salud (% del PIB)	6,7 %	Promedio regional superior
Gasto público en salud (% del PIB)	3,15 %	≥ 6 % (OPS)
Gasto de bolsillo (% del gasto total)	47 %	≤ 20 % (OMS)
Gasto per cápita total (USD/año)	485	720 (promedio regional)
Presupuesto asignado al primer nivel	22 %	40–50 % (sistemas basados en APS)
Hogares con gasto catastrófico anual	5,8 %	Quintil pobre: 8,2 %

Nota. Elaboración propia a partir de MSPyBS (2023b), DGEEC (2021), OPS (2014, 2023) y CEPAL (2020).

La Tabla 1 sintetiza los principales indicadores de financiamiento. El gasto de bolsillo (47 % del total) más que duplica el umbral del 20 % que la OMS considera compatible con la protección financiera. Sus consecuencias son mensurables: el 5,8 % de los hogares paraguayos —aproximadamente 110.000— incurrió en gastos catastróficos en salud durante 2023, con una incidencia del 8,2 % en el quintil más pobre frente al 2,8 % en el más rico, y se estima que el 2,3 % de la población (unas 160.000 personas) cae bajo la línea de pobreza o la profundiza anualmente por gastos en salud (DGEEC, 2021; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020). El 58 % del gasto de bolsillo se destina a medicamentos, reflejo de un desabastecimiento del listado básico que promedia entre el 35 % y el 40 % anual en los establecimientos públicos y que lleva al 42 % de los pacientes crónicos a interrumpir sus tratamientos.

4.3 Modelo de atención predominante

El 78 % del presupuesto del MSPyBS se destina a servicios curativo-hospitalarios y solo el 22 % a prevención y atención primaria, distribución prácticamente estable en la última década (20 % en 2015). La capacidad resolutive promedio del primer nivel alcanza el 42 %, frente al estándar normativo del 80 %, por déficits combinados de medicamentos, equipamiento diagnóstico (disponible en menos del 28 % de los establecimientos), personal e infraestructura. Los programas preventivos operan subfinanciados: el Programa Ampliado de Inmunizaciones representa el 2,8 % del presupuesto y el programa de enfermedades crónicas el 1,2 %, pese a que estas concentran el 68 % de la carga de enfermedad. Las coberturas de vacunación descendieron de manera sostenida —la triple viral pasó del 95 % en 2015 al 87 % en 2023— y ninguna vacuna del esquema alcanza la meta del 95 % necesaria para la inmunidad de rebaño (MSPyBS, 2024).

La estrategia de USF, inspirada en los modelos de Brasil y Costa Rica, alcanza una cobertura teórica del 59 % de la población sin seguridad social con 832 unidades; sin embargo, solo el 38 % de la población adscrita las utiliza efectivamente, por horarios limitados, escasa capacidad resolutive y barreras culturales. Incluso en el primer nivel predomina la atención curativa: el 68 % de las consultas corresponde a morbilidad aguda y solo el 3 % a actividades de promoción y prevención. La formación de recursos humanos refuerza el sesgo: únicamente el 8 % de las horas curriculares de las facultades de medicina se dedica a la APS, las rotaciones por el primer nivel promedian cuatro semanas frente a 60 semanas hospitalarias, y solo el 4 % de los especialistas se formó en medicina familiar, frente al 52 % en Costa Rica.

4.4 Recursos humanos en salud

Paraguay cuenta con 13,2 médicos y 9,8 enfermeras profesionales por 10.000 habitantes, muy por debajo del estándar de 23 médicos por 10.000 recomendado por la OMS y de la relación de dos a tres enfermeras por médico (en Paraguay, 0,74). La distribución geográfica es marcadamente inequitativa: el 68 % de los médicos se concentra en Asunción y el Departamento Central —que reúnen el 42 % de la población—, con densidades de 32,5 médicos por 10.000 habitantes en la capital frente a 5,2 en San Pedro, 4,9 en Concepción y 3,2 en Boquerón. Las condiciones laborales agravan el cuadro: los salarios públicos son entre un 28 % y un 40 % inferiores a los de países vecinos, el 48 % del personal trabaja con contratos temporales, el 72 % de los médicos ejerce pluriempleo con jornadas promedio de 58 horas semanales, y la rotación anual de médicos en zonas rurales alcanza el 42 %, con una permanencia media de 2,3 años frente a 7,8 en áreas urbanas. Los establecimientos rurales con

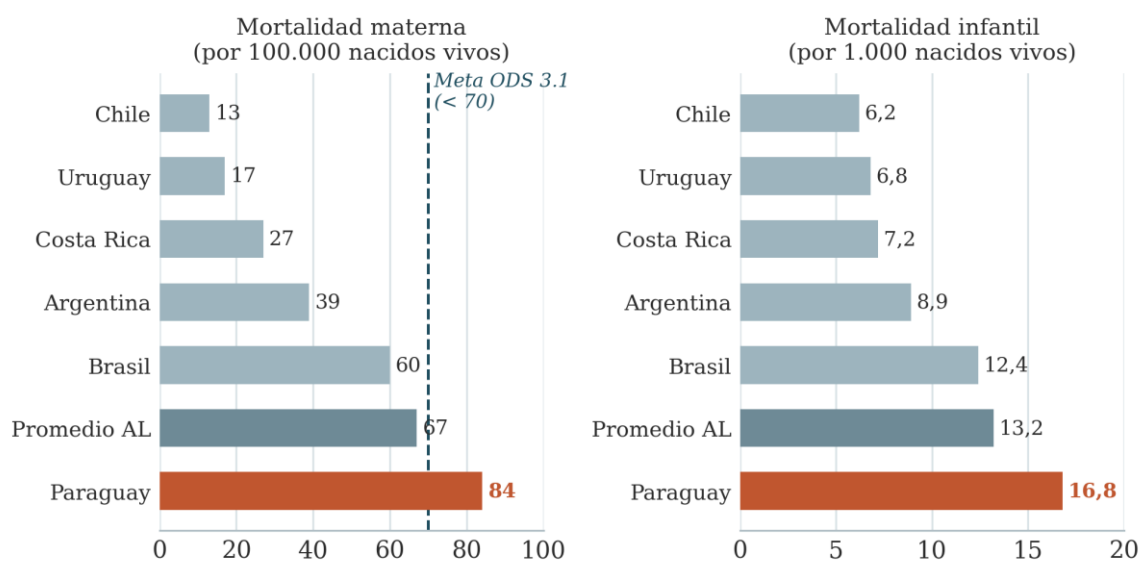
alta rotación presentan 2,5 veces más pacientes crónicos sin control adecuado que aquellos con personal estable.

4.5 Resultados sanitarios y equidad

Los resultados sanitarios son moderados y persisten brechas respecto de los países referentes, como muestra la Figura 3.

Figura 3

Mortalidad materna e infantil en países seleccionados de América Latina



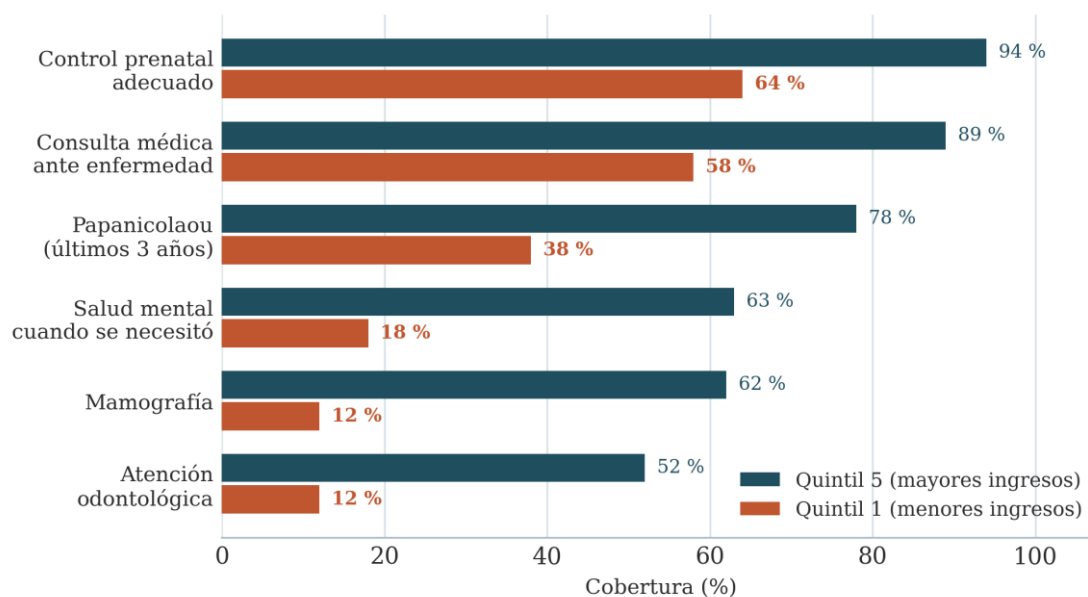
Nota. AL = América Latina; ODS = Objetivos de Desarrollo Sostenible. Elaboración propia a partir de MSPyBS (2023a) y OPS (2023).

La razón de mortalidad materna es de 84 por 100.000 nacidos vivos —frente a 17 en Uruguay, 13 en Chile y 27 en Costa Rica—, con un 90 % de muertes evitables y marcadas diferencias territoriales (Caaguazú 132; Asunción 42) y étnicas: en población indígena asciende a 294 por 100.000, 3,5 veces la tasa nacional. La mortalidad infantil es de 16,8 por 1.000 nacidos vivos (42,8 en población indígena y 22,8 en el área rural), con un 68 % de muertes en el período neonatal. La esperanza de vida al nacer alcanza 74,3 años, inferior al promedio regional de 75,2. Las enfermedades crónicas dominan el perfil epidemiológico: la hipertensión afecta al 28,4 % de los adultos y la diabetes al 9,7 %, pero solo el 23 % y el 28 %, respectivamente, logran control adecuado; el 62,1 % de los adultos presenta exceso de peso. A ello se suma la reemergencia de enfermedades prevenibles —casos de sarampión asociados a brotes regionales en 2018-2019 y 2023-2024— y el peor brote histórico de dengue, con más de 320.000 casos y 350 fallecimientos en 2023-2024 (MSPyBS, 2023a, 2024).

La equidad presenta gradientes pronunciados, ilustrados en la Figura 4. La cobertura de control prenatal adecuado varía del 64 % en el quintil más pobre al 94 % en el más rico; el acceso a mamografía, del 12 % al 62 % (brecha de 5,2 veces); y la atención de salud mental, del 18 % al 63 %.

Figura 4

Brechas de acceso a servicios de salud entre quintiles extremos de ingreso en Paraguay



Nota. Elaboración propia a partir de la Encuesta Permanente de Hogares (DGEEC, 2021) y MSPyBS (2023a).

La Tabla 2 resume las principales brechas de equidad identificadas. Solo el 27 % de la población cuenta con protección financiera efectiva —el 68 % del quintil más rico frente al 5 % del más pobre—, y las barreras geográficas, económicas, organizacionales, culturales y de información se acumulan sobre los mismos grupos: la población indígena reside en promedio a 25,8 km del establecimiento de salud más cercano, el 48 % reporta barreras idiomáticas y el 52 % percibe discriminación en los servicios.

Tabla 2

Brechas de equidad en acceso y resultados de salud en Paraguay

Indicador	Grupo favorecido	Grupo desfavorecido	Brecha
Control prenatal adecuado (≥ 4 controles)	Q5: 94 %	Q1: 64 %	1,5 veces

Indicador	Grupo favorecido	Grupo desfavorecido	Brecha
Mamografía (mujeres, últimos años)	Q5: 62 %	Q1: 12 %	5,2 veces
Mortalidad infantil (por 1.000 n. v.)	Urbana: 12,4	Rural: 22,8	1,8 veces
Mortalidad materna (por 100.000 n. v.)	Nacional: 84	Indígena: 294	3,5 veces
Protección financiera efectiva	Q5: 68 %	Q1: 5 %	13,6 veces
Gasto catastrófico en salud (hogares)	Q5: 2,8 %	Q1: 8,2 %	2,9 veces

Nota. Q1 = quintil de menores ingresos; Q5 = quintil de mayores ingresos; n. v. = nacidos vivos. Elaboración propia a partir de DGEEC (2021), MSPyBS (2023a) y OPS (2020, 2023).

4.6 Modelos internacionales de reforma basados en la APS

Establecido el diagnóstico del país —incluida su estrategia nacional de APS materializada en las Unidades de Salud de la Familia, cuyas limitaciones de cobertura efectiva y capacidad resolutoria se caracterizaron en las secciones 4.1 a 4.5—, se contrastan a continuación cuatro experiencias regionales cuyos componentes y resultados ofrecen referencias directas para superar dichas brechas. Costa Rica (1994-2000) organizó el primer nivel en Equipos Básicos de Atención Integral en Salud con adscripción poblacional nominal, reorientó progresivamente el presupuesto hasta destinar el 45 % al primer nivel e informatizó la referencia y contrarreferencia: la mortalidad infantil descendió de 13,7 a 6,9 por 1.000 y la esperanza de vida alcanzó 80,3 años con un gasto per cápita de USD 1.240 (Sáenz et al., 2011). Brasil universalizó el derecho a la salud mediante el Sistema Único de Salud, financiado con impuestos generales, descentralizado en los municipios y operado en el primer nivel por 45.000 equipos de salud familiar que cubren al 65 % de la población; la expansión de la estrategia se asoció con la reducción de la mortalidad infantil de 47,1 a 12,4 por 1.000 y con un descenso del 30 % de las hospitalizaciones evitables en las áreas consolidadas (Paim et al., 2011; Macinko & Harris, 2015). Uruguay (2005-2010) creó el Seguro Nacional de Salud con contribuciones progresivas, metas asistenciales obligatorias con penalizaciones y un fondo solidario para procedimientos de alto costo: la cobertura pasó del 43 % al 90 %, el gasto de bolsillo se redujo del 21 % al 15 % y la mortalidad infantil descendió de 14,1 a 6,8 por 1.000 (Aran & Laca, 2012). Chile estableció garantías explícitas y jurídicamente exigibles para 85 condiciones prioritarias, evitando unos 35.000 gastos catastróficos anuales, si bien sin resolver la segmentación estructural del sistema (Bastías et al., 2008). La Tabla 3 sintetiza esta comparación.

Tabla 3*Síntesis comparativa de reformas sanitarias basadas en atención primaria de salud*

País	Componente central de la reforma	Resultados documentados
Costa Rica	EBAIS con adscripción poblacional; 45 % del presupuesto al primer nivel	Mortalidad infantil 6,9 por 1.000; esperanza de vida 80,3 años; satisfacción de usuarios 84 %
Brasil	SUS universal; Estrategia de Salud Familiar; descentralización municipal	Cobertura de APS de 135 millones; –30 % de hospitalizaciones evitables; mortalidad infantil 12,4 por 1.000
Uruguay	Seguro Nacional de Salud; metas asistenciales; Fondo Nacional de Recursos	Cobertura del 90 % en 5 años; gasto de bolsillo 21 % → 15 %; mortalidad infantil 6,8 por 1.000
Chile	Garantías explícitas (GES) de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera	85 condiciones garantizadas; ≈ 35.000 gastos catastróficos evitados por año

Nota. EBAIS = Equipos Básicos de Atención Integral en Salud; SUS = Sistema Único de Salud; APS = atención primaria de salud. Elaboración propia a partir de Sáenz et al. (2011), Paim et al. (2011), Macinko y Harris (2015), Aran y Laca (2012) y Bastías et al. (2008).

4.7 Viabilidad y componentes esenciales de la reforma propuesta

El análisis multidimensional de viabilidad indica que una reforma en Paraguay es factible pero compleja. La viabilidad política es el factor más crítico: existen facilitadores — consenso diagnóstico multipartidario, la ventana de oportunidad pospandemia y el apoyo de organismos internacionales— junto con obstáculos derivados de los intereses corporativos de los subsistemas, la rotación ministerial (permanencia promedio de 14 meses) y la debilidad de los consensos transversales. La viabilidad financiera es alta para escenarios graduales: el escenario comprehensivo hacia el 6,5 % del PIB en diez años requeriría cerca de USD 1.300 millones anuales adicionales, financiables mediante la ampliación de la base tributaria —la presión fiscal paraguaya (10,5 % del PIB) es menos de la mitad del promedio regional—, la eficientización del gasto y contribuciones específicas, con retornos estimados de tres a cuatro dólares por cada dólar invertido en APS (Banco Mundial, 2023).

Sobre esta base se proponen siete componentes esenciales: (1) gobernanza y rectoría, con la actualización de la Ley 1032/1996, un Consejo Nacional de Salud operativo y una comisión técnica permanente MSPyBS-IPS para referencia, información y compras coordinadas —con ahorros estimados del 30 % en medicamentos de alto costo—; (2) financiamiento solidario, con la meta de alcanzar el 6 % del PIB en gasto público en diez años mediante incrementos anuales del 0,3 %, la creación de un Fondo Nacional de Salud y la reducción del gasto de bolsillo a menos del 20 %; (3) organización de servicios, con el

fortalecimiento de las USF hasta una capacidad resolutive del 80 %, adscripción poblacional nominal, referencia informatizada obligatoria y redes territoriales integradas; (4) recursos humanos, con currículos reorientados a la APS (mínimo 20 % del tiempo curricular), 100 residencias anuales en medicina familiar con becas estatales y una política de incentivos rurales robusta (bonificación del 50 %, vivienda y rotación programada); (5) sistemas de información integrados con historia clínica electrónica y registro nacional de usuarios; (6) participación social mediante consejos locales con funciones deliberativas y una defensoría de usuarios; y (7) una implementación gradual en tres fases de diez años: fortalecimiento de cimientos (años 1-3), integración funcional (años 4-6) y consolidación de la universalidad (años 7-10).

5. DISCUSIÓN

Los hallazgos confirman plenamente la hipótesis planteada. La fragmentación institucional documentada —cuatro subsistemas desarticulados, un gasto per cápita público 2,2 veces mayor para los afiliados al IPS que para la población dependiente del MSPyBS y un Consejo Nacional de Salud disfuncional— es consistente con la caracterización de Paraguay como sistema segmentado propuesta por Homedes y Ugalde (2005) y con los diagnósticos nacionales previos (Giménez Caballero & Cabral, 2020; OPS, 2020). El patrón de financiamiento identificado —gasto público equivalente a la mitad del estándar regional y gasto de bolsillo del 47 %— coincide con la evidencia latinoamericana que señala al pago directo como la principal barrera para la universalización y como mecanismo de reproducción de la pobreza (Xu et al., 2003; Titelman et al., 2015; Wagstaff et al., 2018): en Paraguay, los hogares del quintil más pobre presentan 2,9 veces más riesgo de gasto catastrófico que los del más rico.

El contraste con los países referentes demuestra que la situación paraguaya no es inevitable, sino el resultado de decisiones de política modificables. Mientras Paraguay asigna el 22 % de sus recursos al primer nivel y forma solo el 4 % de sus especialistas en medicina familiar, Costa Rica destina el 45 % de su presupuesto a la atención primaria y cuenta con un 52 % de especialistas en esa disciplina, alcanzando indicadores comparables a los de países desarrollados con un gasto sustancialmente menor (Sáenz et al., 2011). Estos resultados validan empíricamente, para el contexto paraguayo, el marco teórico de Starfield (1994) y Starfield et al. (2005) sobre la efectividad y eficiencia de los sistemas basados en la APS, así como la evidencia brasileña de reducción de la mortalidad infantil y de las hospitalizaciones evitables asociada a la expansión de la salud familiar (Macinko & Harris, 2015). Asimismo, los gradientes socioeconómicos, territoriales y étnicos identificados —con la población indígena registrando una mortalidad materna 3,5 veces superior— confirman la tesis de los

determinantes sociales de la salud según la cual los sistemas fragmentados reproducen y amplifican las desigualdades estructurales (Marmot, 2005; OMS, 2008).

Las implicaciones prácticas son directas: la propuesta de siete componentes y tres fases ofrece a los tomadores de decisiones una hoja de ruta técnicamente fundamentada, alineada con la estrategia regional de acceso y cobertura universal (OPS, 2014) y con la evidencia de que los avances más sólidos hacia la universalización en la región provinieron del fortalecimiento de los sistemas públicos basados en APS (Giovanella et al., 2018). El análisis de viabilidad matiza, no obstante, el optimismo técnico: la reforma exige la construcción deliberada de consensos políticos transversales, el fortalecimiento de una institucionalidad debilitada por la rotación de autoridades y la precariedad laboral, y decisiones fiscales sostenidas durante al menos una década.

Entre las limitaciones del estudio deben señalarse las inherentes a la revisión documental: el sesgo de publicación que tiende a sobrerrepresentar experiencias exitosas de reforma, la ausencia de datos primarios sobre las percepciones de profesionales, usuarios y gestores, la calidad heterogénea de las estadísticas sanitarias paraguayas —con subregistro en áreas rurales e indígenas— y el carácter aproximado del análisis de viabilidad política y financiera, que no sustituye estudios de economía política ni costeos específicos. Futuras investigaciones deberían incorporar métodos cualitativos con actores clave, evaluaciones de implementación de experiencias piloto y costeos detallados de los componentes propuestos, así como el análisis de dimensiones no abordadas en profundidad, como la salud digital y la telemedicina.

6. CONCLUSIONES

La investigación permite responder afirmativamente a la pregunta general planteada: el sistema de salud paraguayo presenta características estructurales —fragmentación institucional, financiamiento insuficiente e inequitativo, modelo curativo-hospitalario e inequidades profundas en el acceso y los resultados— que fundamentan la necesidad y la urgencia de una reforma orientada hacia un modelo centrado en la salud pública y la atención primaria. Cada componente de la hipótesis fue confirmado con evidencia empírica: la fragmentación se materializa en cuatro subsistemas sin coordinación efectiva y en una inversión pública per cápita 2,2 veces menor para la población más vulnerable; el sub financiamiento se expresa en un gasto público del 3,15 % del PIB y en la asignación de solo el 22 % de los recursos al primer nivel; el sesgo curativo se refleja en una capacidad resolutoria del primer nivel del 42 % y en la formación de apenas el 4 % de los especialistas en medicina familiar; y la inequidad se

manifiesta en brechas de hasta 5,2 veces entre quintiles de ingreso y de hasta 3,5 veces en detrimento de la población indígena.

La segunda parte de la hipótesis también se verifica: las experiencias de Costa Rica, Brasil, Uruguay y Chile demuestran empíricamente que reformas basadas en la APS son viables y efectivas en países de ingreso medio, y que producen mejoras sustanciales y sostenidas en resultados sanitarios, equidad y eficiencia. El aporte científico original del estudio reside en la integración, en un único análisis sistemático, del diagnóstico multidimensional del sistema paraguayo del período 2015-2025, del análisis comparado de reformas regionales y de una propuesta de lineamientos estratégicos contextualizada y evaluada en su viabilidad política, técnica, financiera e institucional, contribución hasta ahora ausente en la literatura nacional.

Se recomienda, en consecuencia, establecer la reforma sanitaria como política de Estado mediante un acuerdo multipartidario que trascienda los períodos gubernamentales; incrementar progresivamente el gasto público en salud hasta el 6 % del PIB en diez años, con reasignación gradual hacia el primer nivel hasta alcanzar el 45 % de los recursos; fortalecer las Unidades de Salud de la Familia con dotación completa, adscripción poblacional nominal y referencia informatizada; crear un programa nacional de residencias en medicina familiar e incentivos robustos para el trabajo rural; desarrollar sistemas de información integrados entre subsistemas; implementar políticas específicas de salud intercultural para la población indígena con la meta de reducir a la mitad sus brechas en diez años; y establecer un sistema de monitoreo público con indicadores de acceso, resultados, protección financiera y equidad, con evaluaciones externas trienales. La coyuntura pospandemia constituye una ventana de oportunidad histórica que Paraguay debe aprovechar: la transformación del sistema de salud no es solo una cuestión técnica, sino un imperativo ético y una inversión social y económicamente rentable para garantizar el derecho constitucional a la salud de toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aran, D., & Laca, H. (2012). Sistema de salud de Uruguay. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), S265-S274. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5024>
- Atun, R., de Andrade, L. O., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., García, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., de Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)

- Banco Mundial. (2023). *Paraguay - Análisis de sostenibilidad fiscal del sector salud: Escenarios de financiamiento para la cobertura universal*. Banco Mundial. <https://www.bancomundial.org/es/country/paraguay>
- Bastías, G., Pantoja, T., Leisewitz, T., & Zárate, V. (2008). Health care reform in Chile. *Canadian Medical Association Journal*, 179(12), 1289-1292. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071843>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *El desafío social en tiempos del COVID-19* (Informe Especial COVID-19 N.º 3). CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19>
- Congreso de la Nación Paraguaya. (1996, 26 de diciembre). *Ley N.º 1032/1996 que crea el Sistema Nacional de Salud*. Gaceta Oficial de la República del Paraguay.
- Cornwall, A., & Shankland, A. (2008). Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system. *Social Science & Medicine*, 66(10), 2173-2184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.038>
- Dal Poz, M. R., Sepúlveda, H. R., Costa Couto, M. H., Godue, C., Padilla, M., Cameron, R., & Vidaurre, T. (2013). Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. *Human Resources for Health*, 11(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-8>
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. (2021). *Encuesta Permanente de Hogares 2021*. DGEEC. <https://www.dgeec.gov.py/>
- Frenk, J. (2006). Bridging the divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet*, 368(9539), 954-961. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69376-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69376-8)
- Giménez Caballero, E., & Cabral, M. (2020). Salud pública y atención primaria de la salud en Paraguay: Avances y desafíos. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 10(2), 58-67. <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.diciembre.58>
- Giovanella, L., Mendoza-Ruiz, A., Pilar, A., Rosa, M., Martins, G., Santos, I., Silva, D., Lucena de Sousa, A., Machado, C., Vega, R., & Tejerina-Silva, H. (2018). Sistema universal de salud y cobertura universal: Desentrañando presupuestos y estrategias en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(6), e00014318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014318>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 210-220. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000300012>

- Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil's Family Health Strategy: Delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, 372(23), 2177-2181. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1501140>
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research*, 38(3), 831-865. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6)
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2023a). *Anuario Estadístico de Salud Paraguay 2023*. Dirección General de Información Estratégica en Salud. <https://www.mspbs.gov.py/>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2023b). *Cuentas Nacionales de Salud Paraguay 2022*. Dirección de Planificación y Evaluación. <https://www.mspbs.gov.py/> [verificar]
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2024). *Informe de coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones 2023*. Programa Ampliado de Inmunizaciones. <https://www.mspbs.gov.py/>
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53.º Consejo Directivo. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Perfil de los sistemas de salud: Paraguay - Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma* (3.ª ed.). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52297>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2023*. OPS. <https://www.paho.org/es/temas/indicadores-basicos>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

- República del Paraguay. (1992). *Constitución de la República del Paraguay*. Convención Nacional Constituyente. <https://www.bacn.gov.py/constitucion-nacional-1992>
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: A review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31-36. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. L. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública de México*, 53(Supl. 2), S156-S167. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5039>
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344(8930), 1129-1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- Titelman, D., Cetrángolo, O., & Acosta, O. L. (2015). Universal health coverage in Latin American countries: How to improve solidarity-based schemes. *The Lancet*, 385(9974), 1359-1363. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61780-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61780-3)
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M. F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., van Wilgenburg, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e169-e179. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)