

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i4.1845>

Nivel de satisfacción de los usuarios que acuden a las Unidad de Salud Familiar (USF). Caso de estudio: Barrio Obrero - Crucecita, entre los años 2023-2024

User Satisfaction with Family Health Unit (USF) Services: A Case Study of Barrio Obrero-Crucecita (2023-2024)

Andrea Liliana Pineda Zayas

andypineda479@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-3207-7351>

Universidad Nacional de Pilar – Facultad de Ciencias Biomédicas
Paraguay – Pilar

*Artículo recibido: 18 noviembre 2025 -Aceptado para publicación: 28 diciembre 2025
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.*

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios de las Unidades de Salud Familiar (USF) ubicadas en los barrios Obrero y Crucecita de la ciudad de Pilar, Paraguay, durante el periodo 2023–2024. Se realizó un estudio descriptivo, mixto (cualitativo-cuantitativo), aplicando una encuesta estructurada a 120 usuarios y complementando con entrevistas semiestructuradas a 6 profesionales de salud y observación directa en campo. Se analizaron variables sociodemográficas, accesibilidad, disponibilidad de recursos, percepción del trato y narrativas sobre la experiencia de atención. Los resultados cuantitativos indican un predominio de mujeres adultas en edad productiva, buena accesibilidad geográfica, pero tiempos de espera superiores a 60 minutos en el 40% de los casos. La disponibilidad de medicamentos fue percibida como insuficiente por el 60% de los usuarios, y el trato del personal se calificó mayoritariamente como “regular”, con baja percepción de empatía (58%). La satisfacción global fue moderada, aunque el 70% afirmó que volvería a utilizar el servicio. Los hallazgos cualitativos revelaron tres categorías clave: (1) escasez estructural de recursos, (2) esfuerzo por brindar un trato digno pese a la sobrecarga laboral, y (3) alta resiliencia y sentido de pertenencia comunitaria. Se concluye que, si bien las USF cumplen un rol fundamental como primer nivel de atención, requieren mejoras urgentes en provisión logística, estabilidad del personal y estrategias sistemáticas de humanización para fortalecer la calidad percibida y la confianza de la comunidad.

Palabras clave: atención primaria de salud, satisfacción del usuario, calidad de atención, servicios de salud, unidades de salud familiar

ABSTRACT

This study aimed to evaluate user satisfaction with Family Health Units (USF) in the Obrero and Crucecita neighborhoods of Pilar, Paraguay, during 2023–2024. A descriptive, mixed-methods (quantitative-qualitative) design was employed, combining a structured survey administered to 120 users with semi-structured interviews with 6 health professionals and direct field observations. Sociodemographic characteristics, accessibility, resource availability, perceived quality of interpersonal care, and experiential narratives were analyzed. Quantitative results showed a predominance of adult women of working age, high geographical accessibility, but waiting times exceeding 60 minutes for 40% of users. Medication availability was rated as insufficient by 60% of respondents, and staff treatment was mostly perceived as “fair,” with low reports of empathy (58%). Overall satisfaction was moderate, yet 70% of users stated they would return to the service. Qualitative findings revealed three key themes: (1) structural shortages of supplies and medications, (2) health workers’ efforts to provide dignified care despite overwhelming workloads, and (3) strong community resilience and sense of belonging. It is concluded that while USFs play a vital role as the primary point of care, urgent improvements are needed in logistics, staff stability, and systematic humanization strategies to enhance perceived quality and community trust.

Keywords: primary health care, user satisfaction, quality of care, health services, family health units

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Atribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el pilar fundamental de cualquier sistema sanitario eficaz, equitativo y sostenible. Desde la histórica Declaración de Alma-Ata en 1978, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado que la APS no es solo el primer punto de contacto con el sistema de salud, sino también una estrategia clave para alcanzar la cobertura sanitaria universal y reducir las desigualdades en salud (OMS, 1978). En este contexto, las Unidades de Salud Familiar (USF) han emergido como espacios centrales de atención comunitaria, diseñadas para acercar servicios preventivos, promocionales y curativos a la población más vulnerable, bajo un modelo basado en la continuidad del cuidado, el enfoque familiar y la humanización de la atención (MSPyBS, 2017).

En Paraguay, la implementación de la APS como política de Estado desde 2008 marcó un hito en la transformación del sistema de salud (Gobierno Nacional, 2008). Este cambio buscaba superar décadas de centralización, fragmentación y exclusión, priorizando la descentralización, la participación comunitaria y la prevención. Las USF, como expresión concreta de esta política, fueron concebidas como unidades básicas de atención, cada una encargada de atender a una población aproximada de entre 3.000 y 5.000 personas, con un equipo multidisciplinario compuesto por médico, enfermera, técnico en salud y agentes comunitarios (MSPyBS, 2017). Su rol trasciende lo clínico: son espacios de promoción, educación, vigilancia epidemiológica y articulación intersectorial, especialmente relevantes en contextos de vulnerabilidad social, económica o ambiental.

Sin embargo, a pesar del avance normativo y del despliegue físico de estas unidades en todo el territorio nacional, persisten serias dudas sobre su funcionamiento real, su impacto en la calidad de vida de las comunidades y, en particular, sobre el nivel de satisfacción de los usuarios. La satisfacción del usuario no es un indicador secundario ni meramente subjetivo; es un componente esencial de la calidad en salud, refleja la percepción de dignidad, respeto, accesibilidad y efectividad del servicio (Báez, 2012). Cuando los usuarios perciben que sus necesidades no son atendidas, cuando enfrentan largas esperas, falta de medicamentos o trato impersonal, es más probable que abandonen el sistema público, recurran a servicios privados inaccesibles o simplemente posterguen la atención, lo que agrava los problemas de salud a largo plazo (Zavattiero, 2018).

Este problema adquiere una dimensión crítica en ciudades intermedias como Pilar, capital del Departamento de Ñeembucú, donde las condiciones socioeconómicas, la exposición recurrente a inundaciones (INE, 2022) y la limitada disponibilidad de especialistas convierten a las USF en el principal, y a menudo único, acceso a servicios de salud para miles de personas. Durante eventos como la pandemia por COVID-19 o las inundaciones de 2019, que afectaron al 90% de la ciudad (SEN, 2019), las USF demostraron ser actores clave en la respuesta sanitaria

local, asumiendo funciones de vacunación, testeo rápido, distribución de insumos y educación sanitaria. No obstante, estas mismas crisis pusieron en evidencia sus fragilidades: déficit de personal, escasez crónica de medicamentos, horarios reducidos y sobrecarga funcional.

A pesar de su importancia estratégica, no existe hasta la fecha una evaluación sistemática y publicada sobre la satisfacción de los usuarios de las USF en Pilar. Los estudios disponibles se concentran mayormente en Asunción o en departamentos fronterizos, dejando una brecha significativa en el conocimiento sobre cómo se vive la atención primaria en ciudades del interior con dinámicas urbanas y rurales entrelazadas (Ortiz & Cabral-Bejarano, 2023). Esta ausencia de datos locales dificulta la toma de decisiones informadas por parte de las autoridades municipales, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y los equipos de salud mismos.

Es en este contexto que surge la presente investigación: un estudio descriptivo, mixto y cualitativo-cuantitativo, centrado en evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios de las USF en dos barrios emblemáticos de Pilar: Barrio Obrero y Crucecita. Estos barrios, ubicados en zonas periféricas con alta densidad poblacional y exposición a riesgos ambientales, representan un caso de estudio altamente relevante para comprender los desafíos y fortalezas de la APS en contextos de vulnerabilidad.

El fundamento teórico de este trabajo se basa en tres pilares conceptuales. En primer lugar, el modelo de Donabedian (1988), que define la calidad en salud a través de tres dimensiones: estructura, proceso y resultados. Este marco nos permite analizar no solo los recursos disponibles (infraestructura, personal, medicamentos), sino también la forma en que se entrega la atención (trato del personal, comunicación, tiempo de espera) y cómo esto impacta en la experiencia del usuario. En segundo lugar, incorporamos el concepto de humanización de la atención, entendida como el restablecimiento del vínculo humano en la relación paciente-profesional, el respeto por la dignidad, la empatía y la participación activa del paciente en su propio cuidado (Báez, 2012; Tejada de Rivero, 2003). La deshumanización, muchas veces producto de la sobrecarga laboral y la burocracia, emerge como una barrera invisible pero poderosa para la satisfacción. Finalmente, el estudio se alinea con el enfoque comunitario de la APS, que reconoce al individuo como parte de una familia y una comunidad, y que valora el conocimiento local, la participación social y la responsabilidad compartida en salud (Hernández et al., 2014).

La justificación de esta investigación radica en su potencial para generar evidencia local útil y accionable. Los resultados no solo permitirán diagnosticar las fortalezas y debilidades percibidas por los usuarios, sino también formular recomendaciones concretas para mejorar la gestión de las USF, fortalecer el recurso humano, optimizar la logística de insumos y promover una atención más humana y cercana. Además, este estudio contribuye al monitoreo del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (ODS 3): "Garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades", al evaluar un componente clave de la cobertura sanitaria efectiva.

A pesar de los avances normativos en la implementación de la Atención Primaria de Salud en Paraguay, persiste una brecha crítica entre la política diseñada y su ejecución en el terreno, especialmente en zonas periféricas como el Departamento de Ñeembucú. Estudios recientes han señalado que el modelo de las Unidades de Salud Familiar (USF), si bien representa un avance conceptual en la descentralización y acercamiento al usuario, enfrenta obstáculos sistémicos que limitan su pleno funcionamiento. Entre ellos se destacan la rotación frecuente del personal médico, la falta de continuidad en el abastecimiento de medicamentos esenciales y la ausencia de mecanismos de retroalimentación con la comunidad (Zavattiero, 2018; MSPyBS, 2023). Estas limitaciones no solo afectan la eficiencia operativa, sino que también erosionan la confianza de los usuarios en el sistema público.

En este sentido, la evaluación de la satisfacción usuaria no debe entenderse como una mera encuesta de opinión, sino como una herramienta de gobernanza participativa. Como señala Donabedian (1988), la calidad percibida por el usuario es un indicador sensible que integra múltiples dimensiones: desde la infraestructura física (estructura), hasta la calidad de la interacción clínica (proceso) y los resultados subjetivos en bienestar y confianza (resultado). En contextos donde los recursos son limitados, como en Pilar, la percepción de trato respetuoso, comunicación clara y disponibilidad de medicamentos puede pesar más que la sofisticación tecnológica del servicio. De hecho, investigaciones en América Latina han demostrado que usuarios de bajos ingresos valoran más la accesibilidad, la empatía y la continuidad del cuidado que la rapidez o la especialización (López & Ramírez, 2020; Ortiz & Cabral-Bejarano, 2023).

El enfoque humanizador, en particular, emerge como un eje transversal en la calidad de la APS. Báez (2012) define la humanización no como un “extra”, sino como un componente esencial del diseño del servicio: espacios acogedores, tiempos adecuados para la consulta, escucha activa y reconocimiento de la historia de vida del paciente. En contraste, la deshumanización frecuentemente manifestada en respuestas estandarizadas, trato impersonal o interrupciones constantes genera desconfianza, abandono del tratamiento y menor adherencia. Este fenómeno se agrava en contextos de alta demanda, donde los equipos de salud, agobiados por la sobrecarga, tienden a priorizar la eficiencia sobre la relación humana (Tejada de Rivero, 2003).

En Pilar, esta tensión es aún más evidente por la intersección de factores geográficos, sociales y ambientales. El Departamento de Ñeembucú es uno de los más afectados por inundaciones recurrentes, lo que interrumpe regularmente el acceso a servicios básicos, incluida la salud (INE, 2023). Durante estos eventos, las USF asumen roles de emergencia que van más allá de su mandato original: distribución de agua potable, control de vectores, atención psicológica post-desastre. Sin embargo, rara vez se les dota de recursos adicionales o planes de contingencia, lo que exacerba el estrés laboral y reduce su capacidad de respuesta en tiempos normales (OPS, 2021). Esta realidad subraya la necesidad de evaluar no solo el funcionamiento “ideal” de las USF, sino su resiliencia en contextos de vulnerabilidad crónica.

La relevancia del estudio trasciende lo académico. En un momento en que América Latina enfrenta desafíos crecientes en salud pública desde enfermedades crónicas hasta emergencias climáticas, fortalecer la APS desde la base, escuchando a quienes la usan, es una inversión estratégica en resiliencia, equidad y justicia social. Las USF no son simples consultorios; son espacios de encuentro, cuidado y resistencia comunitaria. Comprender cómo se vive la atención en estos espacios es, en última instancia, un acto de reconocimiento ético y político hacia las comunidades que dependen de ellos.

Por todo ello, el objetivo del presente artículo es evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios de las Unidades de Salud Familiar en los barrios Obrero y Crucecita, ciudad de Pilar, Paraguay, durante el periodo 2023–2024, con el fin de aportar conocimiento válido, confiable y humanizado que sirva de insumo para la mejora continua de la atención primaria de salud en contextos similares.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, mixto (cuantitativo-cualitativo), con enfoque interpretativo. Este diseño permite capturar tanto datos numéricos como narrativas profundas, ofreciendo una visión integral de la realidad estudiada (Hernández et al., 2014).

Lugar de estudio

El estudio se desarrolló en dos Unidades de Salud Familiar ubicadas en:

- USF Barrio Obrero: Calle Paolo Federico Alberzoni, Pilar.
- USF Crucecita: Sofía Mendoza, detrás de la escuela Santa María Magdalena, Pilar.

Ambas atienden a una población combinada de aproximadamente 8,000 habitantes, según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2023).

Población y muestra

La población de estudio incluyó a usuarios mayores de 18 años que acuden regularmente a las USF. Se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia de 120 participantes, considerando criterios de disponibilidad y voluntariedad.

Además, se entrevistó a 6 profesionales de salud (médicos, enfermeras, agentes comunitarios) para obtener perspectivas complementarias.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento final incluyó 22 ítems estructurados en cinco dimensiones, basadas en el modelo de Donabedian (1988) y adaptadas al contexto local: (1) Características sociodemográficas (5 ítems), (2) Accesibilidad y organización del servicio (4 ítems), (3) Trato y comunicación del equipo de salud (5 ítems), (4) Disponibilidad de recursos (4 ítems), y (5) Satisfacción global y disposición a recomendar (4 ítems). Cada ítem utilizó escalas Likert de 3 a 5 puntos, según la naturaleza de la variable (por ejemplo: “Muy insuficiente” a “Muy suficiente”;

“Nunca” a “Siempre”). Además, se incluyeron dos preguntas abiertas al final: “¿Qué cambiaría usted en su USF?” y “¿Qué le hace sentirse bien atendido/a?”, cuyas respuestas fueron transcritas textualmente y utilizadas para enriquecer el análisis cualitativo.

La prueba piloto realizada con 10 usuarios permitió ajustar términos técnicos a un lenguaje coloquial (por ejemplo, reemplazar “disponibilidad de insumos” por “si hay algodón, jeringas o medicinas cuando viene”), lo que incrementó la comprensibilidad y redujo el sesgo de interpretación. El instrumento final fue validado por tres expertos en salud pública y metodología de investigación, quienes evaluaron su pertinencia, claridad y coherencia teórica, obteniendo un índice de validez de contenido superior al 85%.

Se complementó la recolección con observación directa no participante en ambas USF, registrando condiciones físicas (infraestructura, mobiliario, ventilación), disponibilidad visible de insumos y dinámica de atención. Los hallazgos se contrastaron con los datos de encuestas y entrevistas para enriquecer la triangulación.

Técnicas de análisis de datos

- Datos cuantitativos: Analizados mediante frecuencias absolutas y porcentajes, usando tablas descriptivas.
- Datos cualitativos: Procesados mediante análisis temático, identificando categorías emergentes como “trato digno”, “falta de recursos” y “resiliencia comunitaria”.
- Observación directa: Los registros de campo fueron analizados de forma narrativa, contrastando las condiciones observadas (infraestructura, disponibilidad visible de insumos, dinámica de atención) con los relatos de usuarios y profesionales, para enriquecer la triangulación de fuentes.

Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló respetando escrupulosamente los principios éticos fundamentales en investigación con seres humanos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, tal como lo establecen las normas internacionales (Declaración de Helsinki, 2013) y los lineamientos regionales en salud pública (Tejada de Rivero, 2003). La autonomía fue garantizada mediante la obtención del consentimiento informado escrito, en el cual se explicó de forma clara, accesible y en lenguaje no técnico los objetivos del estudio, los procedimientos, los posibles riesgos mínimos (como incomodidad al responder ciertas preguntas) y los beneficios indirectos (contribución al mejoramiento de los servicios de salud).

Se aseguró la confidencialidad de toda la información recopilada: los instrumentos no incluyeron datos identificatorios directos (nombre, número de cédula, dirección exacta), y los cuestionarios fueron codificados y almacenados en un ambiente físico y digital seguro, con acceso restringido al equipo investigador. Asimismo, se garantizó el anonimato en la presentación de los resultados, de modo que ninguna respuesta pueda ser rastreada a un participante específico.

Se respetó en todo momento el derecho a retirarse del estudio en cualquier fase, sin consecuencias negativas para el participante ni afectación en su acceso a los servicios de salud. Además, ante cualquier situación de malestar emocional o necesidad de orientación, se facilitó la derivación inmediata a personal de la USF capacitado en atención psicosocial.

El proyecto fue autofinanciado, sin apoyo de agencias externas, empresas farmacéuticas o entidades con interés comercial en los resultados, por lo que no existieron conflictos de interés que pudieran comprometer la integridad científica o la objetividad del análisis.

Aunque el estudio no requirió la aprobación formal de un comité de ética institucional (dado que se clasifica como una investigación de bajo riesgo, sin intervenciones clínicas ni manipulación de variables), se adhirió voluntariamente a los estándares éticos exigidos por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social del Paraguay y las buenas prácticas en investigación social y en salud pública.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1

Características sociodemográficas de los usuarios (n = 120)

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	80	67%
	Masculino	40	33%
Edad	18–30 años	28	23%
	31–45 años	53	44%
	46–60 años	24	20%
	>60 años	15	13%
Estado civil	Soltero/a	48	40%
	Casado/a	42	35%
	Unión libre	20	17%
	Divorciado/Viudo	10	8%
Nivel educativo	Primario	21	18%
	Secundario	54	45%
	Terciario/Técnico	30	25%
	Universitario	15	12%
Ingresos	<1 salario mínimo	36	30%
	1–2 salarios	63	53%
	>2 salarios	21	17%

La caracterización muestra un perfil predominante de mujeres adultas en edad productiva, hallazgo típico de los servicios de APS en Paraguay y la región, donde las mujeres acuden con

mayor frecuencia tanto por su propia salud como por el cuidado familiar (PAHO, 2021). El predominio de usuarios con nivel educativo secundario coincide con estudios realizados en ciudades intermedias latinoamericanas, donde este grupo suele depender exclusivamente del sistema público (López & Ramírez, 2020).

La alta proporción de familias con ingresos ≤ 2 salarios mínimos evidencia vulnerabilidad económica, un determinante clave que refuerza la importancia de que las USF funcionen como un servicio cercano, accesible y humanizado.

Tabla 2

Accesibilidad y uso del servicio

Variable	Categoría	n	%
Accesibilidad por distancia	Muy accesible	78	65%
	Accesible	30	25%
	Poco accesible	12	10%
Tiempo de espera	Adecuado (<30 min)	36	30%
	Regular (30–60 min)	36	30%
	Inadecuado (>60 min)	48	40%
Frecuencia de uso	Mensual	45	37%
	Trimestral	50	42%
	Esporádica	25	21%
Motivo de consulta	Controles	48	40%
	Enfermedades agudas	36	30%
	Programas (VCI, DM, HTA)	36	30%

La accesibilidad geográfica es una de las fortalezas recurrentes de las USF y coincide con el modelo de APS basado en proximidad y enfoque comunitario (OMS, 1978; MSPyBS, 2017). El 65% de usuarios percibe la ubicación como “muy accesible”, aspecto que favorece la continuidad del cuidado.

Sin embargo, el tiempo de espera prolongado (40% lo califica como inadecuado) revela un problema estructural común en la APS paraguaya: déficit de médicos y sobrecarga asistencial (Zavattiero, 2018).

La frecuencia de uso trimestral sugiere que las USF cumplen su rol en programas crónicos, aunque la demanda espontánea sigue siendo alta.

Tabla 3*Satisfacción con el personal de salud*

Variable	Categoría	n	%
Percepción del trato	Bueno/Muy bueno	35	29%
	Regular	58	48%
	Malo	27	23%
Empatía del personal	Adecuada	50	42%
	Poca empatía	70	58%
Comunicación	Clara	54	45%
	Regular	42	35%
	Deficiente	24	20%

La satisfacción con el personal de salud refleja una valoración predominantemente regular, lo cual es coherente con estudios regionales donde el trato interpersonal es el componente más determinante de la satisfacción usuaria (Báez, 2012; Tejada de Rivero, 2003).

El hallazgo de que 58% percibe baja empatía sugiere una necesidad urgente de fortalecer competencias comunicacionales y humanización de la atención. Esto coincide con investigaciones recientes que destacan que la deshumanización es producto de sobrecarga laboral, cansancio y falta de recursos deteriora la experiencia del usuario (Ortiz & Cabral-Bejarano, 2023).

Tabla 4*Disponibilidad de recursos*

Variable	Categoría	n	%
Disponibilidad de medicamentos	Adecuada	48	40%
	Insuficiente	72	60%
Disponibilidad de insumos	Adecuada	56	47%
	Insuficiente	64	53%
Presencia de médico	Constante	74	62%
	Intermitente	46	38%

La insuficiente disponibilidad de medicamentos (60%) es uno de los problemas más señalados en la APS paraguaya (MSPyBS, 2023) y coincide plenamente con tus resultados.

La presencia intermitente del médico (38%) también es una debilidad estructural que afecta continuidad, adherencia y satisfacción. La OPS (2021) destaca que la falta de médicos en áreas periféricas es uno de los principales factores que deterioran la calidad percibida.

Tabla 5*Satisfacción global del servicio*

Variable	Categoría	n	%
Satisfacción global	Buena/Muy buena	32	27%
	Regular	58	48%
	Mala	30	25%
Volvería a utilizar el servicio	Sí	84	70%
	No	36	30%

La satisfacción global moderada (48% regular) muestra una percepción ambivalente: los usuarios valoran la cercanía y gratuidad del servicio, pero reportan deficiencias que afectan su experiencia.

El hecho de que 70% volvería a usar la USF indica confianza en el modelo APS como puerta de entrada al sistema. Este patrón ya ha sido documentado en investigaciones sobre USF en Paraguay (Ortiz & Cabral-Bejarano, 2023).

Estos hallazgos permiten una reflexión más profunda sobre el estado actual de la APS en ciudades intermedias del interior paraguayo. Si bien el modelo de USF ha logrado una cobertura geográfica significativa, su calidad percibida sigue condicionada por factores estructurales que trascienden el nivel local. La escasez de medicamentos, por ejemplo, no es un problema de gestión de la USF en sí, sino de la cadena de suministro nacional, que a menudo prioriza centros urbanos o hospitales de referencia. Este fenómeno ha sido documentado en múltiples evaluaciones del sistema de salud paraguayo, donde se identifica una desconexión entre la planificación central y las necesidades reales en el territorio (MSPyBS, 2023; Ortiz & Cabral-Bejarano, 2023).

Por otro lado, la percepción de “trato regular” y “baja empatía” refleja una tensión bien conocida en la literatura sobre APS: la sobrecarga de trabajo del personal de salud. En muchas USF del interior, un solo médico debe atender a miles de personas, realizar visitas domiciliarias, llenar reportes epidemiológicos y coordinar con agentes comunitarios, todo ello con horarios fijos y sin apoyo administrativo (Zavattiero, 2018). En este contexto, resulta comprensible que la interacción con el usuario se vea reducida a lo estrictamente clínico, sacrificando la dimensión relacional del cuidado. No obstante, esto no justifica la deshumanización; por el contrario, exige políticas que protejan el tiempo del profesional para la relación terapéutica.

Comparando con experiencias regionales, el caso brasileño del Programa Saúde da Família (PSF) ofrece lecciones valiosas. A pesar de sus propios desafíos, Brasil ha logrado niveles más altos de satisfacción usuaria mediante la estabilización contractual de los equipos, la capacitación continua en comunicación y la creación de comités de usuarios que participan en la

evaluación del servicio (Gómez, 2022). Estas estrategias podrían adaptarse al contexto paraguayo, especialmente en municipios como Pilar, donde la cercanía entre actores facilita la coordinación.

Finalmente, es relevante destacar que, pese a las deficiencias reportadas, el 70% de los usuarios afirmó que volvería a utilizar la USF. Este dato no debe interpretarse como conformismo, sino como un acto de resiliencia y reconocimiento del rol comunitario de la USF. En ausencia de alternativas viables, los usuarios valoran lo que tienen, incluso si es insuficiente. Esta lealtad subraya la responsabilidad ética del Estado de no dar por sentada la confianza de las comunidades, y de transformarla en mejoras concretas.

Hallazgos cualitativos complementarios

Además del análisis cuantitativo, las entrevistas semiestructuradas realizadas a seis profesionales de salud (dos médicos, dos enfermeras y dos agentes comunitarios) y la observación directa en ambas USF permitieron profundizar en las causas subyacentes de la insatisfacción percibida por los usuarios. A través del análisis temático, emergieron tres categorías centrales:

1. “Falta de recursos estructurales”: Todos los entrevistados coincidieron en que la escasez crónica de medicamentos e insumos no responde a mala gestión local, sino a fallas en la cadena de abastecimiento central. Una enfermera de la USF Crucecita expresó: “*Tenemos la ficha, el diagnóstico, el plan... pero si no hay paracetamol, antibióticos o jeringas, el paciente se va con la receta en la mano y sin resolver su problema. Eso nos frustra a nosotros y al usuario*”. La observación confirmó la ausencia de elementos básicos en los botiquines, como guantes estériles o materiales de curación.

2. “Trato digno como estrategia de resistencia”: Frente a la imposibilidad de ofrecer recursos materiales, varios profesionales destacaron el esfuerzo por brindar un trato respetuoso: “*No tenemos todo, pero sí tenemos tiempo para escuchar... o al menos lo intentamos*”, señaló un médico del Barrio Obrero. Sin embargo, reconocieron que la sobrecarga de atender hasta 60 pacientes por jornada, limita gravemente esa intención. Esta tensión entre la voluntad de humanizar y las condiciones laborales adversas se refleja en la percepción “regular” del trato reportada por los usuarios.

3. “Resiliencia comunitaria”: En ambos barrios, se observó una fuerte participación vecinal. En Crucecita, los agentes comunitarios coordinan reuniones mensuales con madres y líderes para informar sobre campañas de vacunación o prevención de dengue. “*La gente aquí nos conoce, nos llama por el nombre... eso nos da fuerza para seguir*”, afirmó un agente. Esta cercanía explica, en parte, por qué el 70% de los usuarios afirmó que volvería a utilizar la USF, pese a las deficiencias materiales.

Observación directa en campo

Durante las visitas a las USF de Barrio Obrero y Crucecita, se realizó observación no participante enfocada en las condiciones físicas, funcionales y organizativas del servicio. Se constató que ambas unidades presentan infraestructura básica en buen estado general, pero con

limitaciones significativas: las salas de espera carecen de suficientes asientos para acompañantes, la ventilación natural es insuficiente en días calurosos, y no existe señalética clara para orientar a los usuarios dentro del recinto. En cuanto a los recursos materiales, se observó que los botiquines de atención primaria estaban visiblemente desabastecidos de insumos esenciales como guantes estériles, algodón y jeringas. Además, en la USF Crucecita, los registros clínicos se encontraban apilados en mesas sin sistema de archivo ordenado, lo que podría afectar la continuidad de la información. Estas observaciones coinciden con las percepciones expresadas tanto por usuarios (“siempre falta algo”) como por el personal de salud (“tratamos de organizar, pero no hay espacio ni insumos”).

Estos relatos cualitativos no solo enriquecen los datos numéricos, sino que explican su significado en contexto. Por ejemplo, el 60% de usuarios que reportó “disponibilidad insuficiente de medicamentos” (Tabla 4) no solo expresa una queja logística, sino una fractura en la confianza terapéutica: cuando la prescripción no se traduce en tratamiento, se rompe el contrato implícito entre sistema y usuario.

Asimismo, la percepción de “baja empatía” (58%, Tabla 3) debe interpretarse no como indiferencia del personal, sino como una consecuencia de la sobrecarga asistencial, un fenómeno documentado en múltiples estudios sobre APS en contextos de recursos limitados (Zavattiero, 2018; Ortiz & Cabral-Bejarano, 2023). Los profesionales, agobiados por la demanda y la falta de apoyo administrativo, ven reducida su capacidad para establecer vínculos humanos, lo que se traduce, desde la perspectiva del usuario, en “falta de empatía”.

Finalmente, la resiliencia comunitaria observada y el alto porcentaje de usuarios dispuestos a regresar al servicio sugiere que las USF han logrado consolidarse como espacios de pertenencia social, más allá de su función estrictamente clínica. Este hallazgo es crucial en ciudades intermedias como Pilar, donde los servicios estatales son escasos, las USF se convierten en anclajes de cohesión comunitaria. Tal como señala Báez (2012), la humanización no depende solo de la infraestructura, sino de la capacidad de generar relaciones de confianza en contextos adversos.

En conjunto, estos resultados refuerzan la necesidad de políticas que no solo aborden la provisión de insumos, sino que también protejan el tiempo del equipo de salud para la relación humana, fortalezcan los canales de retroalimentación comunitaria y reconozcan el valor del trabajo de los agentes como intermediarios culturales entre el sistema y la población.

CONCLUSIONES

El presente estudio evidencia que la satisfacción de los usuarios de las Unidades de Salud Familiar de los barrios Obrero y Crucecita es moderada, caracterizada por una combinación de fortalezas importantes y limitaciones estructurales que condicionan la experiencia de atención.

En primer lugar, la accesibilidad geográfica constituye una de las principales fortalezas del modelo de APS local. La mayoría de los usuarios percibe la USF como un espacio cercano, conocido y socialmente importante para la comunidad, lo que favorece la continuidad del cuidado y la búsqueda oportuna de atención.

Sin embargo, aspectos centrales del proceso de atención muestran señales de desgaste. El tiempo de espera prolongado, la intermitencia del médico, y la escasa disponibilidad de medicamentos e insumos generan frustración y disminuyen la percepción de calidad. Estos hallazgos coinciden con investigaciones nacionales y regionales que describen limitaciones estructurales en la APS como consecuencia del déficit de recursos humanos, la sobrecarga asistencial y la fragilidad logística.

La satisfacción relacionada con el trato del personal de salud se ubica en niveles intermedios. Aunque una parte de los usuarios reconoce la calidez y la cercanía del equipo, persisten percepciones de baja empatía, comunicación insuficiente y atención apresurada. Estos elementos no solo impactan en la experiencia del usuario, sino que también reflejan las tensiones cotidianas en las que trabajan los equipos de APS: alto volumen de demanda, múltiples responsabilidades y limitaciones organizativas.

Pese a estas dificultades, la mayoría de los usuarios afirma que volvería a utilizar la USF, lo que revela un nivel de confianza y pertenencia hacia el servicio. Las USF siguen siendo percibidas como un punto fundamental de cuidado comunitario, especialmente en sectores vulnerables donde el acceso a otros servicios es limitado.

En síntesis, el estudio confirma que las USF analizadas cumplen un rol esencial como puerta de entrada al sistema de salud y como espacios de acompañamiento cercano. No obstante, requieren fortalecimiento urgente en recursos, organización y enfoque humanizado para mejorar la calidad percibida y contribuir plenamente a los principios de la Atención Primaria de Salud.

Recomendaciones

A la luz de los resultados obtenidos, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a distintos niveles de acción:

- Para el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS):
 - Establecer un sistema de reposición ágil de medicamentos e insumos en USF de zonas vulnerables, con monitoreo en tiempo real.
 - Diseñar un plan de contingencia para USF en áreas propensas a inundaciones, incluyendo kits de emergencia y protocolos de atención móvil.
- Para la Dirección de Salud de Pilar:
 - Implementar talleres de capacitación en comunicación no violenta, empatía y enfoque de derechos humanos para todo el personal de las USF.
 - Crear canales formales de retroalimentación (por ejemplo, buzones de sugerencias o reuniones trimestrales con usuarios) para mejorar la gobernanza local.

➤ Para futuras investigaciones:

- Realizar estudios longitudinales que evalúen el impacto de intervenciones de humanización en la satisfacción usuaria.
- Ampliar la evaluación a otros barrios de Pilar y comparar con otras ciudades del interior para identificar patrones regionales.

Estas propuestas buscan transformar los hallazgos del presente estudio en acciones concretas que fortalezcan la APS desde una perspectiva integral, equitativa y centrada en las personas.

REFERENCIAS

- Báez, L. I. (2012). *La humanización de la salud: Criterios de diseño para la habitabilidad en centros públicos de emergencias hospitalarias* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Asunción]. Repositorio UNA.
- Di Fabio, J. L., Gofin, R., & Gofin, J. (2020). Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), Article e2193. <https://doi.org/10.36031/rcsp.v46i2.2193>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Gobierno Nacional de Paraguay. (2008). *Política Nacional de Atención Primaria de Salud*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Gómez, J. (2022). *La atención primaria de la salud en Brasil: Desafíos del Sistema Único de Salud*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48587>
- González-Block, M. A. (2015). Desarrollo de recursos humanos para la salud en América Latina. *Salud Pública de México*, 57(2), 189–197. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7195>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *Paraguay: Proyecciones de población nacional, áreas urbanas y rurales, por sexo y edad, 2023–2050*. https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/documento/211/000_Paraguay_2023.pdf
- López, M., & Ramírez, F. (2020). Satisfacción usuaria en centros de salud primaria: Estudio en ciudades intermedias. *Revista Latinoamericana de Salud*, 12(3), 45–60.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). (2017). *Resolución S.G. N.^o 182: Planos de los 10 diseños de Unidades de Salud Familiar (USF) estandarizadas*. <https://www.mspbs.gov.py>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). (2023). *Situación de salud en Paraguay 2023*. <https://www.mspbs.gov.py>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Renovación de la Atención Primaria en las Américas: Guía para la acción*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52315>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). *Atención primaria de salud en las Américas: Informe 2021*. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
- Ortiz, G., & Cabral-Bejarano, M. S. (2023). Análisis de expertos y marco histórico normativo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, Paraguay 1978–2008. *Revista Salud Pública Paraguay*, 13(1), 24–37. <https://doi.org/10.18004/rspp.2023.abril.024>
- Starfield, B. (2002). *Primary care: Concept, evaluation and policy*. Oxford University Press.
- Tejada de Rivero, D. A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas de Salud*, 8(2), 3–5. <https://iris.paho.org/handle/10665/348194>
- UNICEF Paraguay. (2022). *Child health in Paraguay*.
- <https://www.unicef.org/paraguay/en/health>
- World Bank. (2022). *Paraguay overview*. <https://www.worldbank.org/en/country/paraguay/overview>
- Zavattiero, C. (2018). *Evaluación de las Unidades de Salud de la Familia – USF (Tomo II)*. Fundación Decidamos. <https://www.decidamos.org.py/wp-content/uploads/2018/11/USF-Tomo-II.pdf>