

Instituto Nacional
de Salud Pública

ESCUELA DE SALUD
PÚBLICA DE MEXICO

DOCTORADO EN SALUD PUBLICA

Generación 2012 - 2015

Tesis

RECTORIA Y GOBERNANZA: DIMENSIONES ESTRUCTURANTES PARA LA
IMPLEMENTACION DE POLITICAS DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN EL
PARAGUAY

Para obtener el grado de Doctora en Salud Publica

Presenta:

Maria Stella Cabral Sánchez

Director:

Dr. Gustavo Nigenda López – Director

Asesores:

Dr. Armando Arredondo

Dra. Eleonor Conill

Cuernavaca, Morelos – México

Agosto 26 de 2016

INDICE

Introducción.....	3
Primer Artículo: Rectoría y gobernanza: Dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay.....	6
Segundo Artículo: Implementación de la Atención Primaria de Salud en Paraguay: Dimensiones políticas, sociales y técnicas observadas en el nivel subnacional.....	25
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	55
Lecciones aprendidas.....	57

Dedico esta tesis a:

A la memoria de mis padres. Juan Ramón Cabral
Velázquez, y Lilia Irene Sánchez, mis primeros
maestros en la vida...

Agradezco a:

Mi familia, por su incondicional apoyo en todo este proceso, a mi esposo *Fausto*, compañero de vida, a mi hija *Clara* por su ayuda afectuosa y profesional, a mis hijos *Juan Ignacio*, *José Rafael* y *Fausto*, por el cuidado, aliento y cariño continuo, valorando los esfuerzos en momentos claros y tranquilos y en momentos de angustia y dificultades.

A la *Dra. Laura Magaña* y *Dra. Maria Beatriz Duarte* quien me acompañó a lo largo de este proceso, afectuosamente

A mis Asesores *Dr. Gustavo Nigenda*, *Dr. Armando Arredondo* y *Dra. Eleonor Conill*, mis sinodales *Dr. Francisco Garrido*, *Dr. Ernesto Bascolo* y *Dr. Raúl Anaya* quienes han brindado su tiempo para el apoyo metodológico, conocimientos y recomendaciones contribuyendo a orientar mis ideas, para contribuir a una sociedad más justa y equitativa.

A la *Dra. Maria Cecilia González Robledo* y *Mayra Quiñonez*, que incansablemente han guiado los pasos para lograr hoy este grado académico.

He disfrutado intensamente este doctorado, aprendiendo y cultivando amistad respetuosa con mis colegas y amigos, a quienes recordare siempre.

INTRODUCCION

La ampliación de libertades en contextos democráticos, y el acceso a la información a través de las nuevas tecnologías ha incrementado la participación y expectativas de la sociedad sobre sus autoridades sanitarias, incluyendo al público interno de salud (profesionales y personal de salud), orientando el interés hacia la importancia de fortalecer el Sistema de Salud en sus diferentes componentes y dimensiones y no solo en el control de enfermedades. Esta perspectiva desafía en los escenarios actuales, las capacidades de los decisores en el ejercicio de la Rectoría y la Gobernanza necesaria para poner en marcha políticas públicas de salud. En este sentido, este estudio propone el análisis de las modalidades de conducción en la implementación de una Política pública considerada universal y equitativa propuesta como base para un Sistema de Salud sostenible, la Atención Primaria de Salud (APS) en el Paraguay.

Paraguay es una Republica Unitaria y descentralizada, con una división política y administrativa organizada en 17 departamentos y 18 regiones sanitarias, incluida la capital Asunción y 249 municipios. La población total estimada a partir del último Censo Nacional de 2012, fue de 7.112.594 habitantes. El 50.4 % tiene una o más necesidades básicas insatisfechas (NBI). El 59% habla de preferencia el idioma alternativo originario, el guaraní en el hogar, la tasa de analfabetismo es del 5,2 %, La esperanza de vida media en mujeres es de 75.12 años y varones 70,83. El gasto de bolsillo asciende en 2015 a 3,6 % del gasto total en salud. Los partos institucionales han ascendido al 97 %. El índice de Desarrollo Humano (IDH), ocupa el lugar 111 (0,679) y el índice de Gini posiciona al país en el lugar número 50,7, aunque Paraguay dejó de figurar entre los países más inequitativos de América Latina. ⁽¹⁾

El Sistema de Salud Paraguayo, está inserto en un modelo macroeconómico de mercado, caracterizado por alta segmentación y fragmentación, débil articulación y coordinación entre subsectores, y ajustes organizacionales al Sistema que se han ido incorporando a través de reglamentaciones a la ley 1032/96, en los últimos 20 años. La seguridad social cubre al 15 % de derechohabientes y el subsector privado a un limitado estrato de la población estimada entre 5 a 7 %. ⁽²⁾

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), desarrolla simultáneamente funciones de rectoría, provisión y financiamiento, responsable de garantizar la salud al 100 % de la población, con cobertura real cercana al 65% de ciudadanos, a través de una red de servicios organizada según niveles de atención y complejidad, con procesos de descentralización asimétricos, y tendencia a la centralización. ⁽³⁾

En este contexto, se incorpora en 2008, una reforma al modelo de atención, proyectada como Política de Estado, conceptualizada al mismo tiempo como estrategia e intervención y fundamentada en los alcances

de la “APS renovada o abarcadora”, buscando acercar al Sistema de Salud del Paraguay a un modelo más integrado, universal y equitativo, para lograr mayor protección social en salud para todos sus ciudadanos, especialmente para la población más vulnerable, rural y excluida, incluida en los estratos de población pobre (23%) y pobres extremos (10%).

La APS desarrollada en la década de los 80 y 90 (post Alma Ata), se ha caracterizado por programas verticales de limitado alcance en las comunidades más distantes, basada en servicios focalizados y costo-efectivos, como el monitoreo del crecimiento y desarrollo, la terapia de rehidratación oral, la promoción de la lactancia materna y la inmunización. La propuesta actual incorpora un proceso gradual de reorganización y fortalecimiento de la funcionalidad, integralidad e integración de los servicios existentes en las diferentes regiones del país, incorporando en los niveles locales las unidades y equipos de salud de la familia (USF) (ESF), orientados a dar respuesta a las necesidades particulares e inmediatas de salud de personas y familias, en territorios sociales definidos, donde interactúan movimientos sociales y se desarrollan acciones intersectoriales, generando nuevas dinámicas de co-responsabilidad y gestión conjunta para acceder a condiciones y entornos habilitantes de atención a la salud y participación social garantizando la continuidad del cuidado. ^{(4) (5) (6) (7) (8)}

El objetivo de este estudio es analizar las influencias que ejercen las modalidades de conducción, y el modelo sinérgico de interacción de pluralidad de actores en el manejo de procesos políticos, técnicos y operativos que emergen durante la implementación de esta política pública de alto impacto sanitario, afectado por la rotación de tres gobiernos de diferente signo político en los últimos 7 años, situación que se considera pertinente para realizar una aproximación sistémica a los variados problemas que surgen en escenarios de inestabilidad política, y que influyen e impactan en los resultados de salud, modificando el curso de acción programado, así como la modalidad de distribución de los recursos. ^{(9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)}

Se incorporan algunas categorías de análisis como el conocimiento y alcances de la función de rectoría sanitaria, la interpretación de las modalidades de gobernanza, los mecanismos de selección de directivos de gobierno, la existencia de instrumentos de evaluación de este estrato de actores, sus capacidades y habilidades técnicas, los aspectos regulatorios y de gestión financiera, incluyendo algunos otros factores, mecanismos e interacciones que facilitan u obstaculizan la gobernabilidad, la cohesión social, la consolidación de logros intersectoriales, la articulación y coordinación efectiva de redes de personas e instituciones para alcanzar metas y resultados en esta política pública instaurada.

En el segundo artículo, se presenta al modelo de Atención Primaria de Salud renovada, como un eslabón generador de cambios al interior de los territorios sociales, promoviendo participación

protagónica de sus ciudadanos, en la gestión social de salud, y articulador natural entre las comunidades y los demás niveles del sub-sistema de servicios para dar funcionalidad a la red asistencial, facilitando la capacidad de respuesta, a través de planes locales participativos e involucrando a diferentes sectores sociales.

Se delinear los conceptos, principios, valores y elementos que caracterizan a esta estrategia, considerados atributos indisociables para la construcción de un modelo universal de Salud, que responde a las expectativas de un país, donde alrededor del 80% carece de protección garantizada.
(16)

Se describe el perfil de la APS renovada, y las condiciones en que se desarrolla a nivel subnacional, seleccionando a dos regiones sanitarias en las que se establece la comparación del compromiso y los alcances, poniendo en discusión y análisis crítico los procesos de conducción en la implementación de esta política pública en dos áreas geográficas del Paraguay, los departamentos de Misiones y Central. En primer lugar se ordenan las dimensiones y subdimensiones que demandan una adecuada coordinación y orientación de procesos de nivel meso y los alcances de esta en los niveles locales o micro, donde se exteriorizan los problemas, obstáculos y restricciones de implementación. Ambos trabajos constituyen el seguimiento de un estudio realizado antes de la puesta en marcha de la APS a fin de evaluar su situación actual y la proyección de las capacidades institucionales para implementarla en el contexto de los cambios y ajustes al Sistema de Salud.

En el presente documento se encuentran los dos artículos mencionados, en los que se detallan aspectos conceptuales, metodológicos, de resultados, conclusiones y recomendaciones siguiendo una línea que inicia en el nivel nacional (Artículo 1) y se sustenta y complementa con los hallazgos en el nivel subnacional (Artículo 2).

Rectoría y gobernanza: Dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay

The Stewardship and governance: Structuring Dimensions for Policy Implementation Primary Health Care in Paraguay

Cabral-Bejarano, M.S., Nigenda, G., Arredondo, A., Conill, E.

RESUMEN

Objetivo Este estudio analiza las modalidades de conducción en la implementación de la Atención Primaria de Salud en Paraguay, en tres periodos gubernamentales (2008 -2012, 2012 – 2013 y 2013 - 2015), y en dos niveles de gestión (nacional y regional).

Métodos: Se trata de un estudio cualitativo, basado en la teoría fundamentada, con la constitución de una muestra por conveniencia de actores sociales, políticos y técnicos participantes en los tres periodos de gobierno definidos (ministros, coordinadores, gerentes, asesores, expertos de organismos internacionales). Se establecieron un conjunto de categorías analíticas consideradas estructurantes a partir de la revisión bibliográfica sobre rectoría y gobernanza, seleccionando algunas dimensiones.

Resultados Existe reconocimiento de la importancia de las capacidades técnicas, liderazgo, planificación e interacción de una diversidad de actores estratégicos, sin embargo la discontinuidad de las gestiones, asociada a una fuerte influencia política, ha restringido el ejercicio de rectoría en esta perspectiva. También fue identificada una limitada capacidad de gestión financiera y regulatoria. A pesar de esas dificultades hubo un aumento del gasto público en salud y se ha logrado la expansión de la cobertura de la APS, hasta el 39 % en este periodo, aunque existe tendencia a la reversión.

Conclusiones: Los hallazgos coinciden con los límites y las posibilidades de implementación de políticas públicas en América Latina demostrando la necesidad de mayor cualificación de la gestión y estabilidad política en su conducción.

Palabras Clave: Gobernanza, Salud, Atención Primaria

Abstract

Objective: This study analyzes driving patterns in the implementation of Primary Health Care in Paraguay, in three government periods (2008 -2012, 2012 - 2013 and 2013 - 2015), and two levels of management (national and regional).

Methods: This is a qualitative study based on grounded theory, with the establishment of a convenience sample of social technicians participating in the three periods defined government (Ministers, Coordinators, Managers, Consultants, Politicians and International Organizations Experts). a set of analytical categories were established, considered structuring from the literature review on stewardship and governance, selecting some dimensions.

Results: There was recognition of the importance of technical skills, leadership, planning and interaction of a variety of strategic actors, however the discontinuity of the steps associated with a strong political influence, has restricted the exercise stewardship in this perspective. It was also identified limited capacity of financial and regulatory management. Despite these difficulties, there was an increase in public health spending and has made the expansion of the coverage of PHC, to 39% in this period, although there is a tendency to reversion.

Conclusions: The findings coincide with the limits and possibilities of implementation of public policies in Latin America demonstrating the need for more highly qualified management and political stability in driving.

Keywords: Governance, Health, Primary Care

Introducción

La ampliación de libertades en contextos democráticos, y el acceso a la información a través de las nuevas tecnologías ha incrementado la participación y expectativas de la sociedad sobre sus autoridades sanitarias, incluyendo al público interno de salud (profesionales y personal de salud), orientando el interés hacia la importancia de fortalecer el sistema de salud en sus diferentes componentes y dimensiones y no solo en el control de enfermedades. Esta perspectiva desafía en los escenarios actuales, las capacidades de los decisores en el ejercicio de la rectoría y la gobernanza necesaria para poner en marcha políticas públicas de salud. En este sentido, este estudio propone el análisis de las modalidades de conducción en la implementación de una Política pública considerada universal y equitativa propuesta como base para un sistema de salud sostenible, la Atención Primaria de Salud (APS) renovada en el Paraguay.

Paraguay es una Republica Unitaria y descentralizada, con una división política administrativa organizada en 17 departamentos y 18 regiones sanitarias, incluida la capital Asunción y 249 municipios. La población total estimada a partir del último Censo Nacional de 2012, fue de 7.112.594 habitantes. El 50.4 % tiene una o más necesidades básicas insatisfechas (NBI). El 59% habla de preferencia el idioma alternativo originario, el guaraní en el hogar, la tasa de analfabetismo es del 5,2 %. La esperanza de vida media en mujeres es de 75.12 año y varones 70,83. El gasto de bolsillo asciende en 2015 a 3,6 %. Los partos institucionales han ascendido al 97 %. El índice de Desarrollo Humano (IDH), ocupa el lugar 111 (0,679) y el índice de Gini posiciona al país en el lugar número 50,7, aunque Paraguay dejó de figurar entre los países más inequitativos de América Latina. ⁽¹⁾

El Sistema de Salud Paraguayo, está inserto en un modelo macroeconómico de mercado, caracterizado por alta segmentación y fragmentación, débil articulación y coordinación entre subsectores, y ajustes organizacionales al Sistema que se han ido incorporando a través de reglamentaciones a la ley 1032/96, en los últimos 20 años. La seguridad social cubre al 15 % de derechohabientes y el subsector privado a un limitado estrato de la población estimada entre 5 a 7 %. ⁽²⁾

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), desarrolla simultáneamente funciones de rectoría, provisión y financiamiento, responsable de garantizar la salud al 100 % de la población, con cobertura real cercana al 65% de ciudadanos, a través de una red de servicios organizada según niveles de atención y complejidad, con procesos de descentralización asimétricos, y tendencia a la centralización. ⁽³⁾

En este contexto, se incorpora en 2008, una reforma al modelo de atención, proyectada como Política de Estado, conceptualizada al mismo tiempo como estrategia e intervención y fundamentada en los alcances de la “APS renovada o abarcadora”, buscando acercar al Sistema de Salud Paraguayo a un modelo más integrado, universal y equitativo, para lograr mayor protección social en salud para todos sus ciudadanos, especialmente para la población más vulnerable, rural y excluida, incluida en los estratos de población pobre (23%) y pobres extremos (10%).

La APS desarrollada en la década de los 80 y 90 (post Alma Ata), se ha caracterizado por programas verticales de limitado alcance en las comunidades más distantes, basada en servicios focalizados y costo-efectivos, como el monitoreo del crecimiento y desarrollo, la terapia de rehidratación oral, la promoción de la lactancia materna y la inmunización. La propuesta actual incorpora un proceso gradual de reorganización y fortalecimiento de la funcionalidad, integralidad e integración de los servicios existentes en las diferentes regiones del país, incorporando en los niveles locales las unidades y equipos de salud de la familia (USF-ESF), orientados a dar respuesta a las necesidades particulares e inmediatas de salud de personas y familias, en territorios sociales definidos, garantizando la continuidad del cuidado, y donde interactúan movimientos sociales y se desarrollan acciones intersectoriales, generando nuevas dinámicas de co-responsabilidad y gestión conjunta para acceder a condiciones y entornos habilitantes de atención a la salud y participación social. ^{(4) (5) (6) (7) (8)}

El objetivo de este estudio es analizar las influencias que ejercen las modalidades de conducción, y el modelo sinérgico de interacción de pluralidad de actores en el manejo de procesos políticos, técnicos y operativos que emergen durante la implementación de esta política pública de alto impacto sanitario, además de realizar una aproximación sistémica a los variados problemas que surgen en escenarios de inestabilidad política, y que influyen e impactan en los resultados de salud, modificando el curso de acción programado, así como la distribución de los recursos. ^{(9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)}

Se incorporan algunas categorías de análisis como el conocimiento y alcances de la función de rectoría sanitaria, la interpretación de las modalidades de gobernanza, los mecanismos de selección de directivos de gobierno, la existencia de instrumentos de evaluación de este estrato de actores, sus capacidades y habilidades técnicas, los aspectos regulatorios y de gestión financiera, incluyendo algunos otros factores, mecanismos e interacciones que facilitan u obstaculizan la gobernabilidad, la cohesión social, la consolidación de logros intersectoriales, la articulación y coordinación efectiva de redes de personas e instituciones para alcanzar metas y resultados en esta política pública instaurada.

Marco Conceptual

Se parte del análisis crítico a las modalidades de conducción instituida en el curso de implementación de la APS, en un contexto y realidad social particular, caracterizada por la complejidad e interdependencia de variables políticas, económicas y sociales, así como causas individuales subyacentes que influyen en los procesos orientados a resolver problemas y necesidades de salud.

Se plantea un perfil de conducción que se ajusta a un nuevo paradigma donde se integran los roles y el protagonismo de la Autoridad Sanitaria en su función política y representativa del gobierno junto a los actores, referentes de organizaciones, instituciones y sociedad civil que establecen sinergia, y proponen nuevos mecanismos y principios, normas formales y no formales, para desarrollar y dar sostenibilidad a esta política pública, respetando los marcos regulatorios y jurídicos, inherentes al ámbito político administrativo. ⁽¹⁷⁾

De esta manera, se reconoce que tanto la configuración como la aplicación de la Autoridad Sanitaria, deben ser reajustadas en el interés de lograr objetivos y resultados políticos acordados, orientando la búsqueda del buen gobierno, profesionalismo y nuevo pacto social al servicio del interés público, así como equilibrio entre eficiencia y equidad y sus consecuencias en materia de adopción de decisiones, en el marco del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad. ^{(18) (19)}

Una de las acepciones de gobernanza, la califica como un meta concepto, incorporado a un contexto democrático, donde se facilitan los vínculos entre el Estado, sociedad civil, administración pública, organizaciones, instituciones, y ciudadanía, adaptándose mutuamente para alcanzar objetivos comunes. Las dinámicas de integración de capacidades acrecienta la cohesión y vertebración entre niveles superiores e inferiores en equilibrio con prácticas culturales, facilitando y fortaleciendo al mismo tiempo la aplicación de nuevos métodos, instrumentos, dispositivos de planificación y sistemas de información complejos, con el propósito de incidir más allá del ámbito sanitario, proyectando la modificación del entorno social ⁽¹⁾⁽²⁾

Llamada también gobernanza sistémica, se interpreta como el alineamiento e integración de los actores públicos y la participación de otros actores e instituciones para la efectiva protección de un derecho instituido. ⁽²⁰⁾

El concepto de gobernanza a través de un análisis filosófico e histórico-conceptual, y de un estudio normativo sobre sus implicancias en el ámbito de la salud, clarifica ambigüedades entre gobernabilidad y gobernanza, así como las variantes o tipos de gobernanza, que alertan sobre un discurso globalizante y neoliberal del concepto, orientado a atribuir la responsabilidad individual sobre el cuidado de la salud, promoviendo un modelo de eficacia, que afecta e impacta la visión de equidad, conduciendo al aumento de las desigualdades en salud por asimetrías de poder, (se traspasa el poder de decisión sobre resolución de conflictos a las corporaciones más poderosas, las organizaciones de la sociedad civil, incluyendo a organizaciones de excluidos) disminuyendo la responsabilidad central del Estado en políticas distributivas igualitarias, diluyéndose la responsabilidad social en la sostenibilidad. Esto origina una nueva vertiente, “la gobernanza reflexiva”, que reposiciona la figura de un Estado fuerte, responsable de la equidad e igualdad de condiciones (económicas y sociales), para equilibrar las fuerzas y el poder en la toma de decisiones. ⁽²¹⁾

Las modalidades de conducción de la APS, demanda competencias sustantivas, actitudes, valores, criterios de desempeño, capacidades cognoscitivas, socio afectivas, comportamentales, intuición política, en un marco de idoneidad demostrada, desafiando particularmente la capacidad negociadora, al enfrentar grados de resistencia y nodos de conflicto, que demandan una reconfiguración de los mecanismos de coordinación, diseño de estrategias diferenciadas y búsqueda de un permanente equilibrio entre procesos desde la perspectiva sanitaria e intersectorial. ^{(22) (23)}

La gobernabilidad es un efecto, que depende del estilo de gobierno y a la vez de la capacidad social para crear un equilibrio dinámico entre demandas sociales y respuestas gubernamentales en los diferentes niveles. Existe gobernabilidad, cuando se institucionalizan los espacios para que la ciudadanía a través de las organizaciones interactúe con los gobiernos, y se ejerzan los derechos civiles y políticos, como incentivos democráticos protectores de la población en escenarios de inequidad o de errores políticos. ⁽²⁴⁾

Entre las modalidades de gobernanza, no se puede obviar la e-gobernance, vinculada a la Sociedad de la Información, que incorpora, estimula y refuerza la participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones, orientado a fortalecer la responsabilidad, transparencia y eficacia de la función pública, incorporándose como eslabón para el control social, aunque las brechas digitales se manifiestan en países con claras desigualdades socioeconómicas, lo que se traduce en capacidades ciudadanas desiguales y en muchos casos no trascienden a proyectos piloto. ⁽²⁵⁾

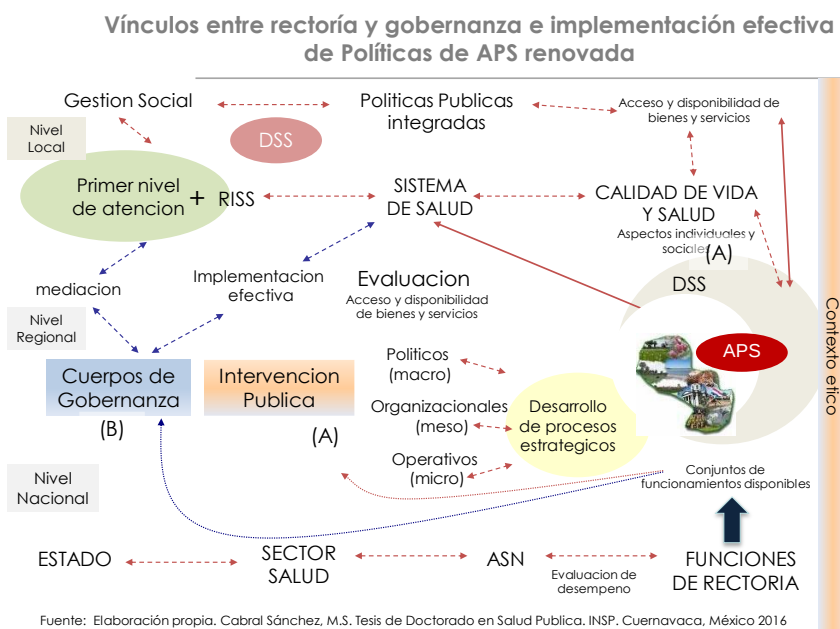
En el contexto de la APS, la modalidad de conducción sostenible en el nivel local, se caracteriza por el incremento de la cooperación, estilos de trabajo más flexibles, socialización en actividades comunes, creación de espacios participativos, evaluaciones por pares y autoevaluaciones. ^{(26) (27)}

La gobernanza, buen gobierno y gobernabilidad, depende de una actualización permanente del mapeo de actores, la reconsideración de sus expectativas, el manejo de los conflictos emergentes, la adaptación a los cambios de estructuras procesos de interacción y al comportamiento del poder, los procedimientos gerenciales, las modalidades de cooperación, coordinación y corresponsabilidad asumida entre la sociedad civil y los poderes públicos, los cuales superan el tradicional esquema jerárquico, y demandan como substrato el capital social legítimo, respaldado por el liderazgo de la alta función pública y política. ^{(28) (29)}

La buena gobernanza se corresponde con la dinámica de las redes de políticas, la transparencia y la responsabilidad en el ejercicio de la acción pública, donde predomina el compromiso social y económico que va generando un equilibrio y manejo de un código de valores. Al mismo tiempo la interdependencia entre política, gobernabilidad y resultados de salud tiene gran relevancia y efectos en el fortalecimiento de la institucionalidad, cuando las instancias del gobierno, la gestión y los actores de la sociedad civil operan juntos. ^{(30) (31) (32) (33) (34)}

De esta manera, se han revisado algunas perspectivas teóricas que sirven de apoyo para articular las modalidades de conducción exploradas, en relación a las preguntas de investigación, y a los hallazgos con el fin de orientar e integrar ideas claras y concluyentes en el proceso de construcción de esta política pública, respondiendo al objetivo de este estudio.

Figura 1



Métodos

Diseño: Estudio cualitativo basado en los preceptos de la Teoría Fundamentada. (Glasser, B.G. y Strauss, A.L., 1967). ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾ ⁽³⁷⁾

Las *unidades de análisis* constituyen las relaciones interactuantes de actores clave gubernamentales y no gubernamentales en tres periodos de gobierno, y dos niveles de gestión que han ejercido roles de conducción, gerencia y asesoría técnica vinculadas a la APS.

El tipo de *muestreo* basado en la selección de actores clave por conveniencia, ha elegido como objeto de estratificación simple, las tres etapas de gestión correspondiente a los años de administración gubernamental, iniciando en el año que se incorporan los cambios de marcos normativos, legales y organizacionales de la APS renovada.

La muestra fue delimitada de acuerdo al perfil de los participantes, experiencia y conocimiento en torno al tema en estudio. Se ha recolectado, analizado y conceptualizado los aportes de 24 actores clave entrevistados, entre 2014 y 2015 (decisiones, gerentes y asesores de nivel nacional, regional y local, incluyendo actores internacionales).

El *procesamiento de los datos* requirió la elaboración de listas de categorías *apriori*, agregando categorías emergentes, agrupando fragmentos discursivos significativos, organizados en dimensiones, subdimensiones, conceptos y constructos, generando jerarquías y especificaciones, interpretando los procesos de conducción de políticas públicas, en torno a la rectoría y gobernanza de la atención primaria de salud, integrando hallazgos, conocimiento previo, experiencia, contexto y evidencia, demostrando diferentes efectos y la hipótesis empírica de que los procesos de conducción mediados por cuerpos de gobernanza contribuyen a la implementación más efectiva de las políticas públicas. La generación de salidas se realizó a través del software Atlas ti, y una matriz en Excel contribuyó al ordenamiento y análisis sistemático de las categorías de análisis.

Se tuvieron en cuenta las *consideraciones éticas, consentimiento informado, confidencialidad, anonimato, participación voluntaria*, y se ha respetado los principios éticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y equidad), en todas las etapas del estudio.

Resultados

Se presentan los mensajes clave, realizando una descripción de los aportes según códigos a priori y algunos códigos emergentes. Los hallazgos in extenso se resumen en el cuadro 2. La información se ordena a través de 7 segmentos:

a) Conocimientos acerca de las funciones de Rectoría

Pocos entrevistados han correlacionado claramente las funciones de la rectoría sanitaria, orientados por la noción estructurada de conducción, definida por organismos internacionales. Otros la relacionaron con el diseño de políticas públicas, formulación de planes, programas y proyectos, gestión y administración del financiamiento, provisión de servicios, funciones normativas, aplicación de leyes y reglamentos. En otros casos, han interpretado entre las funciones de rectoría, la capacidad de dar respuesta a enfermedades de impacto colectivo, o a estrategias como el impulso de la promoción de la salud, la participación comunitaria y el control social del desempeño sanitario;

... "dos nuevos roles se pueden agregar a los conocidos...el de habilitador de innovaciones sociales, y propulsor de desafíos para la superación de barreras burocráticas, que permitan instalar los cambios y transformaciones".

b) Conceptos e interpretación de gobernanza

Se ha constatado dificultades prácticas de algunos actores para comprender su significado. Se ha vinculado la gobernanza al perfil de actores ejerciendo roles públicos en representación del Estado, y muy pocos lo vincularon a procesos de decisión conjunta entre referentes estatales, grupos políticos, sociedad civil, y sector privado. Otros lo relacionaron exclusivamente a los Consejos de Salud

... "Los Consejos Regionales y locales de Salud, constituyen la instancia que integra a los actores e instituciones, aunque en algunos casos los mismos individuos, han permanecido más de dos o tres décadas en sus roles, con tendencias a actuar como juez y parte, y en otros casos funcionales al poder de turno"

c) Selección de los cargos de conducción en el sector público

Se ha reconocido de consenso, la ausencia de concursos de méritos y aptitudes, para el ejercicio de cargos de conducción. Frecuentemente las competencias no están acordes a los retos y responsabilidades. Son excepcionales los casos donde la selección se orienta en base a un perfil basado en la formación, liderazgo, habilidades y capacidades de conducción, o personas de carrera.

...“En los tres periodos de gobierno, se ha incorporado el concurso para los niveles operativos, pero no para los niveles directivos”. Tanto la selección de ministros, como la selección de los cuadros directivos, históricamente responden a la designación del Poder Ejecutivo. Los ministros en ejercicio, se rodean de personas que acompañaran su visión”.

d) Instrumentos de evaluación de desempeño de directivos

No se conocen dispositivos, para evaluar las capacidades y habilidades de la alta gestión pública que permitan discernir y calificar la gestión y conducción de procesos con dirección y resultados.

...“Indirectamente se evalúa a los cuadros directivos, a través de encuestas de opinión a la ciudadanía, en otros casos se intenta medir el desempeño a través de ponderaciones numéricas, que no reflejan la realidad”.

e) Planificación de procesos y procedimientos

En la primera etapa se ha respondido a una visión sanitaria, política e ideológica, explicitadas en una Política Nacional de Gobierno, conteniendo los ejes vertebrales de la APS. Se convocaron actores comprometidos para el diseño de instrumentos y un Plan Estratégico, aunque este proceso presentó atrasos para armonizar y consensuar los diferentes componentes, debido a los cambios de gobierno y rotación de principales referentes.

“La demora del Plan Estratégico de la APS, logrado cuatro años después, de su inserción, generó un conflicto de apropiación y tensiones en los sub-siguientes periodos de gobierno, debido al manejo de diferentes racionalidades organizativas y de acción”.

f) Dispositivos regulatorios

En los tres periodos de gobierno, la aplicación de instrumentos regulatorios en el primer nivel de atención, fue débil, tanto en las actividades centrales como en las periféricas. El déficit de evaluación técnica específica y análisis sistémico, se confunden con dispositivos de fiscalización y realización de auditorías puntuales, que impiden una visión de conjunto de los límites de funcionalidad de las micro redes locales

donde están insertadas las USFs, que requieren permanentes ajustes en la capacidad instalada, la conducción, la asistencia y la administración de medicamentos e insumos estratégicos.

Se consideró una gran fortaleza, la *disponibilidad de normas, manuales, protocolos y guías*, y otras herramientas operativas que precedieron al Plan Estratégico Nacional.

... “La percepción generalizada es que las medidas regulatorias y correctivas se instalan una vez detectados los problemas de gestión, y responden a reclamos, a los que sigue una espera pasiva de la respuesta”.

g) Instrumentos y actividades evaluativas

Se postergo el diseño de instrumentos para la evaluación sistemática, compensándose con algunas evaluaciones externas, que aproximaron un diagnóstico macro y meso de los procesos en marcha, atribuyendo estas debilidades a los tiempos políticos y técnicos, como resultado de los cambios de gobierno, siendo inadecuados los instrumentos habituales de control de gestión vigentes utilizados para redes de servicios y programas de salud.

... “En la siguiente etapa, tras dos años de análisis y ajustes se viene elaborando un juego de indicadores trazadores capaces de reflejar la funcionalidad de programas verticales y programas integrados en el primer nivel de atención, en el marco de un equilibrio normativo, de acuerdo a la misión de los equipos en el primer nivel de atención”.

La reflexión desde el tercer sector, en relación a la función regulatoria de la rectoría sanitaria, a través de una entrevistada, remarca la opción relevante del control social, sobre todo cuando existen déficits institucionales que impiden a potenciales beneficiarios, organizarse adecuadamente para recibir el beneficio que les corresponde.

d) Modelo de financiamiento y fuentes sostenibles de recursos

Aunque el direccionamiento de recursos para la APS ha sido prioritario en sus inicios, etapa en la que se verificó un aumento gradual de fondos asignados, esta proyección no se logró en las dos últimas rotaciones de gobierno, afectando la continuidad de instalación del número de unidades de salud de la familia por año, así como la organización de los existentes.

El total de los entrevistados reconoce que es insuficiente el presupuesto asignado a la estrategia de APS que actualmente ha alcanzado, tras siete años de proceso, apenas el 39% de cobertura de la población.

Existe consenso, respecto a que los mecanismos de asignación de recursos no se realizan de acuerdo a un análisis de correspondencia con los campos de actuación de la Atención Primaria de Salud, incluyendo las actividades promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación.

“...No realizan procesos de adquisición independiente, estos se integran a los procesos generales de adquisición del Ministerio de Salud, el flujo de remuneración del personal sigue su curso normal, los salarios se acreditan en cuenta...” El flujo financiero para adquirir medicamentos e insumos depende de cuentas centralizadas, se gestiona a gran escala y se distribuye a través de grandes depósitos centrales o bocas de expendio a cargo de la instancia oficial que la administra”.

Hubo coincidencia de algunos actores entrevistados, acerca de que uno de los principales factores que restringe el ejercicio de las funciones de rectoría son las dificultades para definir con claridad los plazos de ejecución de los fondos asignados, los cuales no se disponen en tiempo, por las características del flujo de financiamiento y organización financiera de los Ministerios de Hacienda y de Salud.

e) Calidad de los cuadros técnicos

La rotación indiscriminada de profesionales comprometidos, entre un periodo de gobierno y otro, ha afectado la calidad de los cuadros técnicos, y debilitado el compromiso, el sentido de apropiación de los procesos y la capacidad de desempeño para implementar esta política. Igualmente afecto la continuidad de programas de formación para directivos, las escuelas de gobierno en salud, diseñadas en alianza con organizaciones e instituciones regionales, interesados en el fortalecimiento de las competencias de rectoría sanitaria.

...“A la capacidad técnica y habilidad directiva se agrega el tacto político, las variadas modalidades para negociar y resolver nodos de conflicto, ...los estilos de comunicación y relacionamiento, inteligencia personal, credibilidad, honestidad, confianza, respeto social, idoneidad y conocimiento integral de las dimensiones que serán objeto de la conducción, con alcances a los públicos internos y externos”.

Tabla 1. Dimensiones y subdimensiones de Rectoría y Gobernanza en el marco de implementación de la Atención Primaria de Salud en tres periodos de gobierno. Paraguay, 2008 a 2015

DIMENSIONES		SUBDIMENSIONES	1ER. PERIODO 2008 - 012	2DO. PERIODO 2012 - 2013	3ER. PERIODO 2013 - 2015	OBSERVACIONES
RECTORIA Y GOBERNANZA DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD	GOBERNANZA, GOBERNABILIDAD Y BUEN GOBIERNO	Conocimiento y alcances del termino rectoría	Incorporación de la perspectiva social a las demás funciones y roles	Función normativa y de provisión de servicios de salud	Basado en el cumplimiento de Normas, Reglamentos y Leyes	Coexisten modalidades rígidas de conducción, apego a normas rigurosas, que impide la integración e incorporación de nuevos actores, aísla equipos de trabajo, aleja a organizaciones y fragmenta la prestación de servicios.
		Reinterpretación del concepto de Rectoría	Agrega cohesión social y alinea políticas de gobierno y de desarrollo	Superación de barreras burocráticas Facilita vertebración entre niveles superiores e inferiores	Incorpora ajustes y adaptaciones a los cambios e innovaciones organizacionales	Se percibe necesario ampliar los alcances de la función rectora, apertura a innovaciones organizacionales, adaptabilidad, agilidad, liderazgo, especialización, promover gobernabilidad, rol ordenador y articulador de actores, instituciones y organizaciones.
		Mecanismos de selección de directivos de gobierno	Cargos de confianza, traslado de expertos de otras secretarias de gobierno	No responden a méritos, se mantienen algunos directivos	Rotación global de todos los directivos de instancias sanitarias y recambio de RRHH de variadas procedencias	Solo en algunos casos coincide un perfil caracterizado como apto, por su liderazgo, formación, habilidades y capacidades de conducción.
		Existencia de instrumentos de evaluación de directivos	Se los evalúa por los resultados de gestión y a los ministros los evalúa el ejecutivo.	No existen instrumentos de evaluación de las capacidades y habilidades directivas	Nivel de popularidad como sinónimo de aceptación de la gestión	En general se los evalúa por los resultados de gestión, procesos exitosos, cohesión de cuadros directivos, la aceptación de la ciudadanía a través de encuestas de opinión.
		Nivel de consenso logrado	Alto	Mediano	Bajo	Equilibrio de la autoridad, legitimación de valores y normas sociales
		Modelo (Opción de conducción política)	Modelo sinérgico	Mixto	Modelo Jerárquico	La cooperación basada en la confianza es más eficaz que la basada en la autoridad
		Participación de diversidad de actores: Intersectorialidad	Redes decisionales mixtas	Mediana	Débil	Multiplicidad de mecanismos e iniciativas para la participación directa de la sociedad y de las comunidades en la gestión de las políticas públicas
		Percepción de la sociedad y gobernabilidad	Equilibrio de la autoridad, legitimación de valores y normas sociales	Transición, gestión con tendencia a la centralización	Gestión centralizada, burocrática,	Buen gobierno: Misión de guiar en el marco de un desarrollo integral y sostenible las metas y objetivos primordiales de salud, calidad de vida y bienestar
		Planificación e Implementación de Políticas	Fortalecimiento de actores estratégicos vs Debilidad de procesos evaluativos	Tiempos políticos y técnicos insuficientes.	Plan Estratégico Institucional	La planificación debe incorporar el enfoque de derechos, valores y prácticas, como sustento del marco normativo diseñado para implementar las políticas.
		Gestión Financiera. Baja calidad del gasto, eficiencia y coordinación gobierno central y subnacionales	Gratuidad de los servicios:	Evaluación de la gestión similar al resto de los programas,	Rotación de actores cualificados que afectaron la institucionalidad	No se puede hablar de cambios organizacionales o de modelos de atención sin fijar previamente el sistema de financiación

Fuente: Elaboración propia, basada en resultados de consulta a actores clave sobre percepción de subdimensiones implicadas en la rectoría y gobernanza de una política pública, la atención primaria de salud durante tres periodos de gobierno. Paraguay, 2016

Discusión

Una evaluación realizada por el *Sistema de seguimiento y evaluación del presupuesto por resultados del Ministerio de Hacienda del Paraguay*, ha atribuido la asimetría de integración de programas en el primer nivel de atención, entre otros factores a las capacidades y liderazgo de quienes dirigen las acciones en el nivel regional y local, donde las capacidades de gestión, los mecanismos de coordinación aparecen muy vinculados a los logros además de la calidad de los equipos conformados y el nivel de empoderamiento del personal sanitario asignado a los equipos de salud de la familia. ⁽ⁱⁱⁱ⁾

En los últimos tres periodos de gobierno los procesos de implementación de la estrategia de atención primaria de salud se vieron afectados, así como la gobernabilidad, la continuidad de logros intersectoriales y los procesos de coordinación de los equipos subnacionales, incidiendo no solo en la calidad de la planificación y evaluación, sino en la coordinación efectiva por niveles para la implementación de los lineamientos estratégicos, mesas técnicas de trabajo y agendas que expliciten las prioridades. El recambio de gerentes, cuadros técnicos y personal operativo, en una etapa sensible de instalación de procesos e integración, debilitó la cohesión social, restringió progresivamente la disponibilidad de recursos, generando una desarticulación y descoordinación de lineamientos estratégicos, y pérdida del enfoque que conecta efectivamente los problemas de salud con sus causas sociales, culturales e individuales.

En este contexto, se ha puesto a prueba la capacidad rectora, tornándose una prioridad nacional y regional, mantener el protagonismo activo de actores sociales y otras organizaciones e instituciones, comprometidos con esta política pública. Esta trayectoria demuestra la fuerte vinculación entre procesos políticos y resultados de salud. El contexto de intereses y otras múltiples variables que comprometen la autonomía esperada de los actores políticos y de la sociedad civil, sobre todo la sostenibilidad financiera, se constituye en un desafío de la gobernanza para garantizar el acceso a la atención a la salud en el primer nivel. ^{(iv)(v)}.

La capacidad de conducción se ha visibilizado en el ejercicio de fuertes liderazgos, y roles de rectoría intersectorial en los tres periodos de gobierno, aunque algunas dimensiones, se han visto más afectadas, como las debilidades del sistema de información, el desarrollo de procesos evaluativos sistemáticos, y la capacitación de recursos humanos.

Ya desde gobiernos precedentes, se debatía sobre la relevancia, factibilidad y necesidad de diseñar adecuados programas de formación, para aumentar la capacidad de acción ministerial, las llamadas escuelas de gobierno en salud, las cuales no han logrado institucionalizarse y desarrollarse. ^(vi)

La adhesión voluntaria, y la apertura a procesos sociales y cambios organizacionales, demuestran que es posible interactuar en el ámbito público social desde el ámbito público estatal, sin debilitar los roles, responsabilidades y competencias sustantivas que le son propias e indelegables a la Autoridad Sanitaria. La cooperación basada en la confianza, puede reajustar las diferencias de intereses en un marco de interdependencia. ^(vii)

En relación a la capacidad regulatoria, fue considerada transversal a todas las demás subdimensiones de rectoría, considerando que se halla vinculada a variables políticas de poder y gobernabilidad.

En cuanto al proceso de *reorganización sucesiva de las instituciones y dependencias públicas*, vinculadas a la estrategia de APS, el protagonismo de los organismos financieros internacionales y agencias técnicas de cooperación, lograron modular los procesos políticos con racionalidad técnica en la primera etapa, aunque en las subsiguientes la fuerte influencia en los ejecutivos de salud y sus equipos técnicos, generó la percepción de que se ha limitado los alcances de una auténtica conducción. En ninguno de los tres periodos de gobierno se logró definir un modelo de financiamiento adaptado a los requerimientos, o avances en procesos descentralizados de gestión. Pese a la explicitación en la política Nacional de Salud vigente, no se han generado acciones decididas que reflejen la clara orientación hacia la universalidad.

Pocas veces, un 'proceso político' demuestra coherencia y refleja en la ejecución, lo formulado idealmente en sus enunciados, como un proceso lineal, racional que parte de la formulación hasta la ejecución de la política. Los escenarios complejos en los cuales se toman decisiones en salud, pocas veces articulan el contexto, el contenido, los intereses específicos, los objetivos, con los resultados esperados como una secuencia teóricamente recomendable. El fortalecimiento de actores estratégicos para el cambio, es capaz de influenciar sobre la reorganización del sistema de servicios de salud, facilitando cambios institucionales, de estructura y de gestión de los servicios, influenciando la distribución del poder y favoreciendo la visión e intereses de la APS. ^{(viii) (ix)}

Sin duda la *gobernanza* constituye un refuerzo democrático, un instrumento impulsor de la equidad, una oportunidad de crecimiento económico y avance social, en torno a imperativos de buen gobierno, gestión pública eficiente, transparencia, calidad, costos, financiamiento, análisis de diferentes dinámicas y procesos, medio para enfrentar los problemas, a través de integrantes reconocidos de los sistemas de salud, que actúan como catalizadores en un contexto político específico, facilitando un mayor grado de cooperación e interacción entre el estado y actores no estatales para la implementación de políticas, programas y planes. ^{(x) (xi) (xii)}

Conclusiones

Los hallazgos demuestran que los resultados restringidos en la implementación de esta política pública han sido altamente influenciados por la *inestabilidad política*.

La *rotación sucesiva de gobiernos* en los últimos cinco años, ha desviado de su curso normal la implementación de la APS, debilitando los enfoques integrales y su potencialidad como política de Estado, llegando a una cobertura del 39 % en siete años.

La *función rectora se ha puesto a prueba* más allá de los habituales criterios de desempeño, ante los desafíos para la superación de variados obstáculos y barreras burocráticas para instalar los cambios y transformaciones en torno a esta política pública, incluyendo la adaptabilidad a escenarios complejos, limitaciones financieras, y resolución de situaciones de crisis.

Se ha identificado la necesidad de dar *fuerte impulso a programas de formación de directivos y cuadros técnicos* que incorporen las competencias en un marco de idoneidad demostrada según cargo, área u organización de desempeño para llevar adelante el plan de desarrollo social, y las políticas sociales con proyección a largo plazo, incluida la APS, incorporando el concurso para cargos directivos.

En relación a la *modalidad de gobernanza*, es claro el giro entre un gobierno y otro, pasando de una modalidad flexible e integradora a modalidades más rígidas de tipo jerárquico.

La *gestión financiera*, se ha visto afectada por condicionantes estructurales, calidad del gasto, nivel de eficiencia y coordinación entre el gobierno central y los gobiernos subnacionales. Los flujos de recursos, han sido insuficientes para poner en marcha funciones y normas, acuerdos y dinámicas sociales y políticas, y proyectar cambios sostenibles.

La *capacidad regulatoria*, se caracterizó por implementar dispositivos basados en incentivos y compromisos, aunque sin lograr la incorporación de procesos de fiscalización y evaluación sistemáticos en las primeras etapas. En las siguientes, vuelven a instalarse mecanismos restrictivos que afectan la cohesión y reincorporan barreras burocráticas para la gestión.

La *evolución de los procesos de reconstrucción de gobernabilidad*, fue más favorable en regiones o departamentos caracterizados por la mediación de actores relevantes y referentes de partes interesadas, tanto del ámbito público y privado, que han asumido roles dinamizadores y facilitadores de interacciones y relaciones, ejerciendo mecanismos de influencia mutuas entre las diversas instituciones, capaces de rescatar y continuar avances y logros, demostrando las implicancias de una gobernanza sistémica que va más allá de las fronteras de la institucionalidad sectorial (sanitaria) o social para el diseño de políticas públicas.

Bibliografía

1. Direccion General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEyC). Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay, 2015.
2. Dullak R. Burztny, R. Dullak, R., Rodriguez-Riveros, M. I., Bursztny, I., Cabral-Bejarano, M. S., Ruoti, M., Paredes, M. E., ... & Molinas, F. (2011). Primary Healthcare in Paraguay: overview and prospects. *Ciência & Saúde Coletiva*, Junio 2011, 16(6), 2865-2875. 2011 Junio 2011; 16(6);: p. 2865-2875. Disponible en:
3. Direccion General de Descentralizacion. www.mspbs.gov.py/dependencias/ Dirección General de Descentralización/Informe Descentralización 2010. [Online]. [cited 2014 mayo 24].
4. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Paraguay;; 2008.
5. Rodríguez, M. Burztny, I. et all. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados. *Saúde debate*. 2012 Sep; 36(94): p. 449-460.
6. Monroy G. et all. Informe de Evaluación a Programas Públicos. “Programa de Atención Primaria de Salud y Unidades de Salud de la Familia. Sistema de seguimiento y evaluación en el marco del presupuesto por resultados. Paraguay;; 2011.
7. Paraguay. Ley N° 3007/06 “Que modifica y amplía la Ley 1032/96. 2006.
8. Espelt A. et all. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*. 2008; 37: p. 1095–1105.
9. Republica del Paraguay. Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud. Paraguay;; 1996.
10. OPS/OMS. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la Salud en el mundo 2008.
11. Organización Panamericana de la Salud. Consulta Regional de Montevideo – Uruguay (Declaración Regional de APS) presentada en la 46 asamblea de la CD. 2005.
12. Organización Panamericana de la Salud. Documento de posición de la APS sobre el legado de Alma Ata, lecciones aprendidas y experiencias extraídas de los procesos de reforma de los sistemas de salud. 2005.
13. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.. 2005 julio.

-
14. Conill E. et all. The contribution of comparative analysis to a comprehensive evaluation framework for primary care systems in Latin America. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2010 Noviembre; 10 (Supl.1): p. S15-S27.
 15. Conill E. Políticas de atención primaria e reformas sanitarias: discutiendo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis 1994 - 2000. .
 16. OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Americas. 2007.
 17. Marmot M. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Disponible en: <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
 18. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. Bull World Health Organ. 2000. June; 78. http://www.ijhpm.com/article_3214.html
 19. Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. Health Policy and Planning. 2008. ; 23: p. 318–327.
 20. Cunill Grau N. Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. Revista del CLAD Reforma y Democracia. 2010; 46: p. 43-72.
 21. Ortúzar MG. “Gobernanza” y “Gobernanza en Salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político? Revista Internacional de Ética y Política. 2014;(5): p. PP.63-86.
 22. Declaración de Alma Ata. [Online]. [cited 2013 febrero 27. Available from: [Disponible en: www.alma-a.es/declaraciondealmaata/declaraciondealma](http://www.alma-a.es/declaraciondealmaata/declaraciondealma).
 23. Marín J. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [online]. 2000; 8(n.1-2): p. pp.21-32.
 24. Prats J. Servicio Civil y Gobernabilidad Democrática. Administración & Ciudadanía. 2009 ; 3(3): p. 65-94.
 25. Pratz J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. Revista Instituciones y Desarrollo. 2001;(10).
 26. Bascolo E. Yavich, N. Gobernanza del Desarrollo de la APS en Rosario. 2011. Rev. salud pública. 12 (1): 89-104, 2010. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a07.pdf
 27. Bascolo E. Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011; 16(6): p. pp. 2763-2772.
 28. Varela Alvarez EJ. La Gobernanza en la Obra de Joan Prats. GIGAPP.Estudios/Working Papers. 2011;(WP-2011-01): p. 16pp.

-
29. Arredondo A. Orozco, E. et all. Temas selectos en Sistemas de Salud. Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza: Conceptos, Tendencias y Evidencias. 2009. Disponible en: www.antropologia.uady.mx/libros/libro_temaselectos.php
 30. Flores W. Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. Rev. salud pública [online]. 2010; 12(Supl.1): p. pp. 28-38 ISSN 0124-0064.
 31. Magrini Pigatto J. Gobernanza de la Atención Primaria de Salud en Argentina y Brasil. 2010.
 32. Marmot M. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. Disponible en: <https://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-executive-summary.pdf>.
 33. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. Revista Internacional de Estadística y Geografía. 2011 enero-abril ; 2(1).
 34. Arredondo A. Orozco E. Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes. Rev. salud pública. 16 (3): 335-345, 2014. 2010. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a01.pdf>.
 35. Pérez Andrés C. Sobre la Metodología Cualitativa. S. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76: p. 373-380.
 36. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. 2001.
 37. Sandoval Casilimas CA. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Módulo IV. Investigación Cualitativa. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior ICFES. ; p. 187 ISBN 958.9329.
 38. Organización Panamericana de la Salud. Documento de posición de la APS sobre el legado de Alma Ata, lecciones aprendidas y experiencias extraídas de los procesos de reforma de los sistemas de salud.. Washington, D.C.; 2005.
 39. Constitucion Nacional del Paraguay; 1992.
 40. ...Resolucion N° 101/2008. Creacion de la Dirección General de Atención Primaria de Salud. Paraguay, 2008..
 41. ...Resolucion N° 730, que reglamenta el funcionamiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud. Paraguay, 2015.
 42. Ministerio de Salud Pública. OPS/OMS.. Exclusión Social en Salud Paraguay; 2006. Disponible en: www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Paraguay_2007.pdf
 43. www.alma-a.es/declaraciondealmaata. [Online]. [cited 2013 febrero 27].

.

Implementación de la Atención Primaria de Salud en Paraguay:
Dimensiones políticas, sociales y técnicas observadas en el nivel subnacional

Implementation of Primary Health Care in Paraguay:
Political, Technical and Social Dimensions at the subnational level
Cabral-Bejarano, M.S., Nigenda, G., Conill, E., Arredondo, A.

RESUMEN

Objetivo: Realizar un análisis crítico a los procesos de conducción de la APS en el nivel subnacional (procesos macro, meso y micro), desagregadas en dimensiones políticas, sociales y técnicas, en el transcurso de implementación de la política de Atención Primaria de Salud, a fin de identificar nodos relevantes pasibles de ajustes organizacionales para incrementar resultados de salud y equidad.

Métodos: Estudio de casos, enfocada como Investigación de implementación de política pública de salud, a fin de identificar intervenciones de eficacia demostrada, fundamentadas sobre pruebas científicas, a fin de proporcionar una base para la adopción de decisiones específicas en cada contexto. Se constata en la práctica, lo que se afirma en la teoría. La primera etapa se basó en el análisis documental y bibliográfico sobre la APS. La segunda, relevamiento de datos primarios a través de entrevistas a profundidad dirigida a informantes clave en dos regiones sanitarias del Paraguay, ejerciendo cargos de decisores, gerentes y asesores. Procesamiento y análisis de datos, software Atlas Ti y matrices comparativas de Excel. Se integraron hallazgos y se analizaron categorías analíticas comunes para diferentes contextos.

Resultados: La APS se ha visto limitada en sus resultados e inserción efectiva en las redes de servicios, influida por inestabilidad política, restricciones financieras, rotación de actores clave. Se identifican dimensiones y subdimensiones que reflejan el desempeño en los últimos tres periodos de gobierno.

Conclusiones A pesar de no contar con garantía de financiamiento y existir nula flexibilidad en el gasto, se han obtenido resultados de salud y cambio social en las regiones en estudio, atribuidas al empoderamiento y calidad de la gestión local y regional, y la participación y gestión social conjunta. Se demuestra los débiles vínculos entre los objetivos de la política y la realidad administrativa.

Palabras Clave: Rectoría, Gobernanza en salud, Atención Primaria (fuente: DeCS, BIREME).

Introducción

Existe una gran discusión en torno a la estrategia de Atención Primaria de Salud. Por un lado se encuentra el reconocimiento internacional otorgado a los resultados obtenidos en diferentes países, a través de sus indicadores globales de logro y por otro lado la multidimensionalidad y complejidad de los determinantes sociales y ambientales sobre los que se espera intervenir, en escenarios donde la pobreza constituye un factor coadyuvante y se instalan nuevos desafíos tales como el envejecimiento, el manejo efectivo de las enfermedades crónicas, los cambios epidemiológicos, la globalización de los riesgos en salud y el crecimiento de los costos sanitarios. Estas dos visiones han generado posiciones encontradas acerca de la forma de implementar un modelo efectivo de Atención Primaria de Salud, generando la pregunta: es el modelo en estudio sostenible a la luz de factores que restringen su implementación? ^{(1) (2)}

Se considera que el modelo de Atención Primaria de Salud renovada, puede constituirse en un eslabón generador de cambios al interior de los territorios sociales, promoviendo participación protagónica de sus ciudadanos, en la gestión social de salud, y articulador natural entre las comunidades y los demás niveles del sub-sistema de servicios para dar funcionalidad a la red asistencial, facilitando la capacidad de respuesta, a través de planes locales participativos, involucrando a diferentes sectores sociales.

La Organización Panamericana de la Salud, delinea el concepto de APS renovada, como base para el reordenamiento de los sistemas de salud y la mejor estrategia para producir mejorías sustentables y mayor equidad en el estado de salud de la población. Se agrega un conjunto de valores (derecho al más alto nivel de salud, solidaridad y equidad), principios (responsabilidad gubernamental, sustentabilidad, intersectorialidad, participación social) y elementos (acceso al primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia), considerados atributos indisociables del sistema de servicios. ⁽³⁾

Se estima que alrededor del 80 % de ciudadanos paraguayos carece de protección garantizada. De este estrato de población se encarga el subsistema público. Las Unidades de Salud de la Familia (USFs) operacionalizan la estrategia en el primer nivel, resolviendo un elevado porcentaje de problemas y necesidades de salud en la comunidad, facilitando la continuidad del cuidado, derivando casos graves a servicios de complejidad progresiva, disminuyendo la asistencia informal y beneficiando prioritariamente a poblaciones rurales, distantes, dispersas, marginales y comunidades indígenas, pobres y excluidas. ^{(3) (4) (5)}

^{(6) (7) (8) (10)}

El compromiso y los alcances de este modelo orientado a la reducción efectiva de la fragmentación de la atención de salud, se vincula a procesos de consolidación democrática, libertades públicas, ejercicio de derechos individuales y colectivos y espacios de participación garantizada por la constitución nacional. ⁽⁴⁾

El presente artículo tiene por objetivo, poner en discusión y análisis crítico los procesos de conducción en la implementación de la Atención Primaria de Salud renovada, en los niveles subnacionales. Para tal fin se ha explorado el desarrollo de la política en dos áreas geográficas del Paraguay, los departamentos de Misiones y Central. En primer lugar se ordenan las dimensiones y subdimensiones que demandan una adecuada coordinación y orientación de procesos de nivel meso y los alcances de esta en los niveles locales o micro, donde se exteriorizan los problemas, obstáculos y restricciones de implementación. Este trabajo constituye el seguimiento de un estudio realizado antes de la puesta en marcha de la APS como política pública, con el fin de evaluar su situación actual y la proyección de las capacidades institucionales para implementarla en el contexto de los cambios y ajustes al Sistema de Salud. ⁽¹¹⁾

Marco Conceptual

Los *Sistemas de Salud de la región*, en las últimas tres décadas han derivado en diversas propuestas de cambio coincidentes con crisis cíclicas y ajustes macro-económicos, que orientaron preferencias hacia opciones de contención de gastos que afectaron los derechos y las oportunidades de las poblaciones más pobres, abriendo espacios al mercado privado bajo el argumento de que la competencia garantizaría mejor calidad. Sin embargo, existe la preocupación de que tanto los derechos humanos como algunas de las garantías individuales y la justicia en la atención a la salud hayan sido vulnerados, en sociedades que sufren los efectos negativos de la persistente inequidad social y la pobreza, principalmente a través de la restricción de recursos económicos para la atención a la salud, así como a consecuencia de otros factores que han limitado el desempeño de los sistemas de salud, como son las prácticas ligadas a la corrupción, y la burocracia, con ineficiencia administrativa local. ^{(10) (11) (16) (17)}

La evaluación de la APS, es compleja desde la perspectiva política, técnica y financiera, sin embargo la perspectiva social demuestra que es posible modular el criterio predominante de racionalidad económica, considerando otras variables capaces de organizar respuestas colectivas para resolver problemas sociales más allá de la visión de contención de demandas y costos, reconociendo a los individuos y grupos como medios de acción, para alcanzar los objetivos sanitarios. ^{(12) (13)}

Se reconocen las diferencias que rodean a los grupos humanos, que se desenvuelven en contextos particulares, con diferentes necesidades, así como la necesidad de mitigar los riesgos colectivos, y brindar garantías financieras que logren atenuar barreras de acceso y oportunidad al cuidado sanitario. Sin embargo, la disponibilidad real a una cartera integral de servicios ordenada sin discriminación, en condiciones habilitantes, es asimétrica e inequitativa. De ahí que el verdadero concepto de la APS, que ha tardado más de 40 años en posicionarse es político, económico, sociológico, antropológico, epidemiológico, epistemológico y por ultimo puramente médico y clínico. ^{(14) (17) (18) (19) (22)}

Metodología

Se trata de una investigación de implementación, de tipo cualitativa, a través de estudios de caso. La *Unidad de análisis considerada son los puntos de vista de decisores, gerentes, expertos, referentes de instituciones y organizaciones de la sociedad civil, en dos regiones sanitarias vinculadas a la implementación de la política de APS, considerando dimensiones y categorías de análisis comunes: Contexto, Principios y valores: equidad, solidaridad, enfoque intercultural, gratuidad de la atención, enfoque ético. Componentes políticos: conducción y coordinación, planificación, recursos y financiamiento, gobernanza, intersectorialidad, participación comunitaria, construcción de la red integrada e integral de servicios. Componentes técnicos: capacitación de la fuerza de trabajo de la APS.*

El tipo de muestreo, basado en la selección de actores clave por conveniencia, incluyó a 16 actores de nivel subnacional, seleccionados según puestos de responsabilidad, grado de compromiso, adherencia, conocimientos, experiencia, formación y capacidad de gestión de la estrategia renovada de APS.⁽¹⁾ (29)

La investigación de implementación, constituye un medio para promover a través de sus hallazgos mejoras en la salud y en los sistemas de salud, según el contexto específico en que se desarrolla. Se utiliza con mayor énfasis en países de bajos y medianos ingresos. Se basa en la utilización de técnicas, cuyos resultados permiten la adopción de decisiones específicas en cada contexto, fundamentadas en pruebas científicas, destinadas a materializar en la práctica lo que se explicita en la teoría. ⁽²³⁾

En la primera etapa se procedió a la *revisión de fuentes documentales y bibliográficas*, para profundizar el contexto, las herramientas de planificación, presupuestación, organización, coordinación, evaluación, considerando los ajustes incorporados en los últimos tres periodos de gobierno, hasta la situación actual. En una *segunda etapa* se recolectaron, organizaron y analizaron los *datos obtenidos de fuentes primarias* a partir de las entrevistas realizadas, organizando rigurosamente los mensajes, discursos y representaciones orientadoras y explicativas en torno a las dimensiones vinculadas a la implementación de la Atención Primaria de Salud en las regiones sanitarias seleccionadas. Se optó como *herramienta de captura de datos*, un cuestionario de preguntas abiertas, utilizando como principal técnica, la descripción y la comparación para interpretar la visión de los entrevistados acerca de la implementación de la estrategia en el nivel regional y local. ^{(24) (25) (2) (3)}

⁽¹⁾ El nivel nacional ejerce la función rectora y define los lineamientos nacionales para la implementación de la estrategia, el segundo nivel departamental es responsable de gestionar, habilitar y coordinar unidades de salud de la familia en el ámbito regional y el nivel local o efector es responsable de la entrega de servicios a nivel de las comunidades, articulado en el primer nivel de atención a las redes integradas de servicios.

⁽²⁾ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Información Estratégica en Salud (DIGIES) y Dirección Normativa de la Dirección General de Atención Primaria de Salud, Paraguay, 2014

⁽³⁾ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección Normativa, Dirección General de Atención Primaria de Salud, Paraguay 2015

El *procesamiento de los datos*, se realizó a partir de categorías de análisis establecidas a priori, agregando códigos emergentes. El análisis de la información obtenida se realizó a través del software atlas. Ti para la reducción de fragmentos discursivos, complementada por matrices comparativas en Excel.

Resultados

Se ha organizado la información, siguiendo una secuencia coherente de las dimensiones exploradas, integrándolas en componentes políticos, sociales y técnicos, precediendo el abordaje de los principios involucrados en la política pública de APS. En el cuadro 1 se presenta una escala de Likert, basada en una aproximación de logro de procesos desarrollados en los niveles subnacionales en las dos regiones sanitarias en estudio donde las acciones y procesos se interpretan a través de cruces, que representan baja, mediana y alta intensidad de los efectos.

I- Principios y valores que conviven con la estrategia de APS

La adecuación de la APS al modelo de salud familiar, ha planteado cambios organizacionales, de gestión e institucionales, con enfoque holístico, de derechos, interculturalidad y género. En la práctica, la incorporación de la visión integral hacia una gestión de redes integradas y provisión de servicios en los territorios sociales ha avanzado considerablemente. Respecto al enfoque intercultural, se asume que en Paraguay las tradiciones y costumbres, de los pueblos originarios han sido asimiladas por la población, y está muy arraigada la medicina alternativa en las familias rurales, reconociendo que queda mucho por avanzar en el aspecto inclusivo de la organización de los servicios a nivel local.

II- Componentes políticos de implementación de la APS en los niveles meso

Las subdimensiones consideradas incluyen aquellas relacionadas a roles de conducción en los niveles subnacionales, incluyendo utilización de herramientas de base para la planificación, la participación comunitaria como elemento político social, la intersectorialidad como alternativa de modelos de gobernanza, gestión financiera y recursos humanos.

Análisis de la Situación de Salud (ASIS): considerado un instrumento político, por cuanto clarifica necesidades y problemas que requieren atención prioritaria y comprometen recursos de las secretarías de salud de las gobernaciones, intendencias municipales, organizaciones no gubernamentales y otras secretarías de estado. Los entrevistados reconocen la potencialidad de los ASIS, para el conocimiento exhaustivo del territorio y de la realidad local, a través de los datos demográficos, epidemiológicos, geográficos, económicos, socio psicológicos, históricos, culturales y ambientales, aunque la calidad de los datos y su efectiva utilización se ve condicionada por la formación y cohesión de los diferentes equipos, aun así se logra una aproximación suficiente para el diseño de intervenciones. Esta experiencia fue positiva y similar en las dos regiones sanitarias consideradas.

Planificación en los niveles subnacionales: la planificación sanitaria en el nivel meso y micro, responde a un plan estratégico nacional, que debería adaptarse a las realidades sociales y económicas del territorio social, pero hay escasa evidencia acerca de la participación de los miembros de la comunidad en las fases de diseño, y evaluación del Plan local de Salud.

Coordinación de procesos meso y micro: Se utilizan herramientas de gestión padronizados que garantizan similar organización, aunque el liderazgo y desempeño de quienes conducen los equipos, establecen las diferencias en términos de cohesión, compromiso, resultados de salud, y cambio social.

... "Disparidad en la interacción e integración de actores e instituciones...dificultades para articular a los equipos de salud de la familia, con los equipos hospitalarios..."

La gestión financiera como componente político: Según los antecedentes, el flujo de recursos fue cuadruplicado en los primeros tres años de instalación de la APS, logrando hasta el 400% de incremento de asignación presupuestaria en 2010, utilizados para la habilitación gradual de (USFs), adecuación de infraestructura pre-existente, contratación de recursos humanos, actividades de promoción y prevención, actividades comunitarias, traslados a zonas remotas, complementados por recursos provenientes de donaciones de la cooperación internacional. Las actividades de promoción y prevención se incrementaron del 3 al 10 % y posteriormente hasta un 15 % en 2010

... " Los costos operativos de la Atención en el primer nivel, se incrementa con objetos de gasto adicionales, relacionados al desarraigo de los equipos, salario diferenciado, costos de residencia, desplazamientos para cumplir la jornada laboral, incentivos establecidos para promover la movilidad y permanencia de los profesionales en zonas rurales y distantes, atendiendo a que la mayoría de las USFs fueron instaladas en territorios sociales en condiciones de pobreza y pobreza extrema".

En los últimos años se ha retornado a una centralización administrativa, los niveles subnacionales dependen del gobierno central para la provisión de medicamentos, combustible, alimentos y otros insumos estratégicos.

... "En la tercera etapa, se constatan brechas significativas de dotación de recursos humanos, en cantidad y calidad, disminución de recursos financieros de organizaciones sociales, provenientes de la cooperación y fondos de equidad entregados a los consejos locales, disponibles con retraso".

Las crecientes expectativas de la población, ha incrementado la demanda, ya que la gratuidad de los servicios, significo liberar a los beneficiarios de aranceles y costos de medicamentos estimado por consulta en 50U\$ por persona.

... "sin embargo en la práctica, la disponibilidad de medicamentos es insuficiente, se podría estimar que solo llega entre el 5 al 10 % de lo que le correspondería al nivel local. Los mecanismos de entrega en la actualidad no están garantizados, aun así son innegables los avances logrados en los últimos años en términos de infraestructura, recursos humanos y resultados". (Coordinador de una Unidad de Salud de la Familia)

La Participación comunitaria como dimensión política: Paraguay ha experimentado avances extraordinarios en esta subdimensión, atribuidos a variados factores como la transición democrática, la organización de la sociedad civil, la apertura a iniciativas de participación ciudadana. Uno de los mecanismos formales mejor organizados han sido los Consejos y subconsejos Locales de Salud y organizaciones informales. En la primera etapa de implementación de la APS se reportó la creación de 174 Consejos Locales de Salud, en 73% de Municipios. Las diferencias de participación social entre territorios, se atribuye a factores culturales, políticos, presencia o no de grupos diferenciados de la sociedad civil que promuevan el ejercicio de derechos y ciudadanía,

... "existen experiencias de conflicto de intereses de actores y grupos que cooptan el rol de líderes naturales, y restringen autonomía a legítimos referentes locales...Otros mencionan el perfil de comportamiento de determinados equipos de salud de la familia que se aíslan y no facilitan las iniciativas comunitarias... por otro lado casos de desmotivación de pobladores quienes manifiestan que sus propuestas, esfuerzos y prioridades no son las mismas que las determinadas por la conducción local de la salud, y terminan no siendo atendidas, diluyéndose sin el apoyo necesario".

Se ha considerado relevante el apoyo que brinda la comunidad, en la coordinación y traslado de pacientes graves, y otros indicadores que reflejan un cambio social visible, directamente vinculado a la autoestima y conciencia social de ciudadanos, familias y comunidades. (Número de programas en ejecución basados en la comunidad, número de acciones organizadas, movilizaciones, campañas, reuniones).

... "Los "aty (encuentros)" comunitarios, constituyen espacios en los que la comunidad se encuentra, discute sus necesidades, se genera un aprendizaje mutuo con los equipos de salud, reciben información y entregan sus propuestas...la comunidad identifica con mayor precisión sus prioridades"... "en algunos territorios se da una forma estática, pasiva y controlable de participación".

... "Hay que considerar varios niveles de participación: estar informado, utilizar un servicio, ser consultado para las gestiones de mejora o tomar parte en la toma de decisiones". "Algunos de los actores regionales manifiestan que se excluye a la comunidad, de los procesos de toma de decisiones".

...”Una verdadera participación aglutinaría en jornadas de gobierno a representantes de todo el departamento, líderes educativos, sindicatos, como ejercicio de participación, integración, gobernabilidad”...”Por otro lado hay que ser cuidadoso con ese tipo de reuniones, porque generan expectativas que luego no se pueden cumplir”

Gestión de la intersectorialidad: a nivel nacional el *gabinete social*, ya existente durante el gobierno precedente a la inserción de la APS renovada en 2008, se constituyó en un espacio de armonización de campos de actuación intergubernamental, facilitando la coordinación conjunta de políticas públicas sociales para afrontar varias de las causas fundamentales de falta de salud relacionadas a los determinantes sociales.

...”Las instancias formales que aglutinan cooperantes, instituciones y organizaciones en el nivel subnacional son los Consejos Regionales y Locales de salud, desde donde se intenta concienciar acerca de la estrecha relación entre desarrollo social y logro sostenible de un nivel aceptable de salud”.

CUADRO 4. Organizaciones cooperantes para la implementación de la estrategia renovada de atención primaria de salud

Organizaciones	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyB) Ministerio de Educación y Cultura (MEC) Secretaría de la Función Pública Secretaría de Estado (Acción Social (SAS) – SNNA (Niñez y Adolescencia – Ente regulador de los servicios sanitarios del Paraguay (ERSSAN). Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay (ESSAP, S.A.) Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA) Comité de medidas sanitarias y fitosanitarias. (OMC) MAG/SEN/ SENACSA/ SENAVE/SEAM/DINAVISIA
Organizaciones no	Centro de Información y recursos para el Desarrollo (CIRD) Centro de Documentación y Estudios Fundación Kuña Aty Plan Internacional Paraguay
Organizaciones Académicas	Universidad Nacional de Asunción Sociedades Científicas (Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar, Sociedad Facultad de Ciencias Medicas Instituto Dr. Andrés Barbero
Organismos Internacionales	Organización Panamericana de la Salud Agencia Española de Cooperación Internacional Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) Agencia de Cooperación Internacional de los Estados Unidos (USAID) Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

Fuente: Elaboración propia basada en la recopilación de datos durante los últimos tres periodos de gobierno en Paraguay

Los entrevistados la definen como un modelo de gestión, una estructura organizacional con instancias de coordinación en red, que moviliza recursos institucionales, humanos, materiales y financieros, públicos, privados, comunitarios y familiares en los diversos ámbitos territoriales que lo componen.

.... “Las USFs fueron insertándose progresivamente a redes de servicios pre-existentes, tanto en zona urbana como rural, aunque disfuncionales al inicio. En esta interfase se producen los cambios de gobierno, y se inicia la etapa más laboriosa, la construcción de puentes entre el primer nivel y las redes de mediana y alta complejidad para la continuidad del cuidado”

La organización y modalidad de inserción de las USFs en la construcción de la RIIS, presenta un rasgo distintivo, de los demás nodos de la red, y es que requiere una gestión flexible, y mayor autonomía, porque su principal objetivo es ampliar el acceso, a diferencia de los subsiguientes niveles donde existe mayor jerarquización y cumplimiento de normas, protocolos y reglamentos.

... “Las redes integradas, constituyen un modelo conceptual, una metáfora donde lo más importante no está en la riqueza descriptiva sino en la funcionalidad”.

... “La funcionalidad depende del respeto y cumplimiento de los roles, coordinación horizontal entre establecimientos y vertical entre servicios de distintos niveles, fluida comunicación, agilidad de procedimientos administrativos, organización de los recursos humanos, gestión de la información, capacidad de seguimiento de los procesos clínicos”

El aspecto más significativo de la construcción de las RIIS, es la visión longitudinal de la serie de eventos de cuidado a la salud, conectados entre sí en el tiempo, con el soporte de una adecuada coordinación entre unidades operativas, disponibilidad de profesionales, medicamentos, un sistema de regulación médica, sistema de comunicación, que el modelo de Paraguay llama redes complementarias (redes de urgencias y servicios de emergencia extra hospitalaria, redes farmacológicas, redes de apoyo diagnóstico, redes de vigilancia de la salud, redes de rehabilitación), todas ellas retrasadas en su desarrollo y consolidación en los tres últimos periodos de gobierno.

... “Se ha vuelto a priorizar la adquisición de equipos de alta complejidad, y postergado la inversión en las redes y sus complementos, impactando en los resultados de conjunto esperado entre la APS y las redes de servicios de salud”

Monitoreo y Evaluación en los niveles subnacionales

De consenso los diferentes actores entrevistados, han afirmado que existen fuertes limitaciones en esta dimensión primordial. No es lo mismo evaluar un proceso concreto, o evaluar un territorio o región, que evaluar toda la estrategia. Los indicadores trazadores de la APS, identificados pero no aplicados en el último periodo de gobierno, se consideran insuficientes al no incluir sistemáticamente las particularidades territoriales que requieren abordajes diferenciados, (investigaciones evaluativas o estudios de caso).

... “en la primera etapa, las evaluaciones colectivas se realizaban trimestralmente liderados por los coordinadores regionales de APS...quedando rezagada en los subsiguientes gobiernos la ampliación de la conectividad, ajustes al primer software experto, y el fortalecimiento de la gestión informática de la información (TICs).

Esto ha incidido en un desordenado proceso de integración de datos generados en los niveles locales, lo que dificulta la consolidación con el rigor metodológico requerido”

...”Las subdimensiones que demandan urgente medición, identificado por los entrevistados incluyen: entrega de medicamentos en el primer nivel, monitoreo del circuito de ejecución presupuestaria en APS e identificación de los nodos de retraso, efectos de la rotación de recursos humanos que integran los equipos de salud de la familia, monitoreo de implementación de planes de mejora, cumplimiento de cronogramas de capacitación, mejora de la eficiencia en la gestión de la información en salud, alcance de la conectividad en zonas rurales y composición real de los equipos de salud de la familia.”

III- Componentes técnicos en la implementación de la APS

Se ha incluido en los componentes técnicos, prioritariamente la sub-dimensión de dotación y formación de recursos humanos, que integran los equipos de salud de la familia. En la primera etapa, los denominados “*cursos de inducción para iniciados*” beneficiaron a los equipos interdisciplinarios de las primeras 700 unidades de salud de la familia. En el segundo periodo de gobierno, se puso en marcha la experiencia de cursos virtuales para médicos familiares. En la etapa vigente, la evidencia obtenida demuestra que las oportunidades de capacitación formal han disminuido, en la mayoría de las regiones del país. Aunque existen iniciativas de sistematización del modelo de Educación Permanente, en la mayoría de las regiones y territorios, las normas, protocolos y guías constituyen facilitan procesos de capacitación colectivas en los niveles locales, principalmente en los dos últimos periodos de gobierno.

...”No se ha logrado aprovechar la potencialidad de las escuelas formadoras de Salud Pública, específicamente el Instituto Nacional de Salud, considerada como institución clave para fortalecer las competencias de la fuerza de trabajo en salud”.

... "la masiva rotación de profesionales, que migraron con sus saberes y capacidades con los cambios de dirección, interrumpieron valiosos procesos de capacitación",

... "Las residencias en Medicina familiar no se han incrementado, como resultado de una planificación basada en la demanda en función al nuevo modelo, por ello existe un número limitado de profesionales de esta especialidad para cubrir las necesidades de las USFs.

IV- Subsistemas complementarios

Dotación de profesionales y personal de salud para la APS

... "La incorporación de médicos y enfermeras graduadas en localidades distantes, generan sobredemanda. Existen territorios, donde los equipos carecen de médicos, generándose reconversión de roles del personal de enfermería u obstetricia". Se ha incrementado notoriamente número y frecuencia de consultas y visitas domiciliarias".

La realidad en Paraguay, demuestra las bajas tasas de médicos familiares y generales y enfermeras graduadas para la APS. Ante el desarraigo y la inestabilidad de los incentivos, muchos profesionales prefieren el pluriempleo, predominando la concentración de profesionales en la capital y área metropolitana.

... "No se ha hecho explícita una nueva política de formación de recursos humanos en torno a la APS, y la existente no es adecuada para dar respuesta a las necesidades del país".

Provisión de medicamentos en el primer nivel de atención

En la primera etapa de implementación de la política, los resultados de las evaluaciones realizadas entre 2010 y 2011, reportaban discontinuidad en la provisión de medicamentos integrantes de un listado básico para el primer nivel de atención, atribuidas a las irregulares transferencias de recursos. Esta subdimensión prioritaria desmejoró hasta un nivel crítico en la segunda etapa, tornándose urgente la realización de ajustes, para garantizar la llegada de insumos estratégicos y medicamentos básicos a los niveles locales, donde se estima un alcance de apenas 10 % de las necesidades reales. Las visitas domiciliarias, las atenciones intramuro, las indicaciones médicas, las consejerías, no logran impactar sin medicamentos. Entre 2014 y 2015, un equipo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial actualizó la nueva Política Farmacéutica Nacional, considerando la inserción de la APS en la Red Integrada e Integral de Servicios y los mecanismos que garanticen el manejo de un listado básico de medicamentos, de manera sostenible en el primer nivel de atención.

...” Los mecanismos de entrega en ninguno de los periodos de gobierno analizados, hasta la actualidad no ha sido garantizado” ...” Los niveles de mayor complejidad no trabajan en red con el primer nivel de atención”

Sistema de información en la APS

El diseño de un módulo experto para la APS, ha constituido una alternativa para el manejo de la compleja cadena de medios e instrumentos que actualmente se precisan para establecer un adecuado circuito de la información desde los niveles locales, hasta el nivel nacional. Sin embargo, el volumen de información sigue siendo excesiva para su sistematización, considerando la misión de servicios médicos sociales que deben brindar los equipos de salud de familia a las comunidades.

... "No se ha logrado establecer comparaciones entre periodos de gobierno para valorar los avances o retrocesos, por las asimetrías en la generación de esta información y en consecuencia no se han generado sistemáticamente planes de mejora"

V- Campos de acción de la APS

Basados en el enfoque de riesgos, coexisten programas horizontales y algunos programas verticales, con énfasis según resultados de ASIS territorial. De manera transversal, 17 objetivos estratégicos se espera, sean cumplidos incluyendo control de enfermedades endémicas, inmunizaciones, servicios maternos (controles prenatales, parto y puerperio, planificación familiar) e infantiles (AIEPI comunitario, salud del adolescente, inicio precoz de las relaciones sexuales, embarazo adolescente y sus controles), atención adultos mayores, enfermedades crónicas (Hipertensión y diabetes), discapacidad y registro civil, además de garantizar suministro de agua potable y saneamiento básico y ambiental. A todo esto se va agregando progresivamente tecnología apropiada para el fortalecimiento de la gestión administrativa, impulso a la participación comunitaria, y apertura a las intervenciones de carácter intersectorial.

... "Las visitas domiciliarias son muy valoradas...la llegada de médicos y enfermeras sin costo alguno, genera adhesión, expectativas y satisfacción, sobre todo en la atención de la población adulta mayor"

La atención en las comunidades beneficiarias, ha llegado a cerca de 50 % de la población en situación de pobreza y/o pobreza extrema, reorientando la atención por demanda, constatándose un incremento de consultas de más de 60 %, comparando coberturas anteriores a la instalación de las USF locales.

... "La instalación de USFs, utilizo como referencia un índice de priorización geográfica, seleccionando comunidades en riesgo, territorios con comunidades indígenas, asentamientos y barrios marginados de zonas urbanas" ... "Se inicia la planificación a partir del censo poblacional, mapa del territorio de intervención, lista de Usuarios, elaboración de fichas familiares, socialización de datos obtenidos, análisis de la Situación de Salud, y estimación de calidad y costo efectividad de los servicios".

Cuadro 1. Marco de Implementación de la Política de Atención Primaria de Salud en Paraguay.

DIMENSIONES		SUBDIMENSIONES	MISIONES	CENTRAL	Observaciones
DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES DE ANALISIS DE CONDUCCION DE LA ATENCION EN LOS NIVELES SUBNACIONALES	PRINCIPIOS Y VALORES	Equidad, solidaridad, universalidad	+++++	++++	Falta avanzar en el aspecto inclusivo de la organización de los servicios a nivel local para consolidar los enfoques
		Conceptualización del modelo integral de salud de la APS	++++	+++	Esta explicitada pero limitada la integralidad por asimetría de recursos
		Atención Centrada en la Persona y en las familias	+++++	++	Esta concepción se dificulta más en el área metropolitana
		Enfoque de derechos, interculturalidad y genero	++++	+++	Paraguay asume tradiciones y costumbres, medicina alternativa
		Continuidad del cuidado	+++++	+++++	Progresiva mejoría de procesos de articulación entre niveles
	COMPONENTES POLITICOS	Modelo de conducción: Rectoría y gobernanza	+++++	+++++	Coordinación de actores e instituciones es mayor en el interior
		Intersectorialidad	+++++	++++	Predominio de mecanismos formales: Consejos de salud
		Participación comunitaria, actores clave, instituciones, organizaciones, ONGs	++++	+++	Aty (encuentros) comunitarios, baja participación en áreas urbanas
		Territorialización	+++++	+++++	Avances en la definición y mapeo de territorios
	COMPONENTES SOCIALES	Modelo de APS abarcativa e integral	+++++	++++	Normativamente el modelo se apoya en protocolos y guías
		Interdisciplinariedad	++++	++++	Los equipos son interdisciplinarios, pero no completan lo normado
		Planificación local participativa	+++++	+++	No hay suficientes evidencias de participación en planificación local
		Trabajo comunitario participativo			En área metropolitana la vida laboral dificulta la participación
	COMPONENTES TECNICOS	Dotación de profesionales y personal de Salud para la APS	+++	++++	Hay mayor déficit en el área rural (incentivos insuficientes)
		Formación en APS para los equipos interdisciplinarios	++++	+++++	Existe brecha de dotación de profesionales y personal de salud
		Sub-sistema de medicamentos y suministros	+++	+++	Cursos de inducción para iniciados
		Sub-sistema de información	+++	+++	Asimetría de cantidad y calidad de datos entre USFs
		Sub-sistema de Vigilancia de la Salud: (Endemias, Epidemias, Control de Vectores)	+++++	+++++	Esta subdimension es prioritaria y se logra
		Sub-sistema de urgencias y emergencias: SEME Regionales y Centros de regulación	+++	+++	Regiones estudiadas carecen de centros reguladores. Centralizado
		Sub-sistema de comunicación	+++	+++	Es débil en ambas regiones. En área metropolitana se facilita
		Sub-sistema de evaluación	++++	++++	Ambas regiones realizan procesos de evaluación sistemáticos
		Capacidad instalada: infraestructura, equipamiento, RRHH para la APS	++++	++++	Todas las USFs requieren fortalecimiento y dotación de RRHH
		Campos de acción: preventivas, promocionales, curativas, rehabilitación	+++++	+++++	Se desarrollan todos los campos de acción. Se cuenta con normas

Fuente: Elaboración propia, basada en resultados de consulta a actores clave sobre percepción de subdimensiones implicadas en el marco de implementación de la APS en dos Departamentos del Paraguay, 2016. Las cruces reflejan grado de intensidad de acciones o logros : baja (1 o 2 cruces), media (3 cruces), alta (4 a 5 cruces)

Discusión

Desde la mirada ideal, la función rectora en el nivel nacional y subnacional debe equilibrar necesidades de salud con servicios y recursos disponibles, y afianzar las relaciones armónicas y sostenidas de cooperación intersectorial, a fin de mitigar el impacto de los determinantes sociales de salud y producir soluciones integrales a las problemáticas que el enfoque de derechos interpela. ⁽²⁶⁾

Las restricciones financieras y variables socioeconómicas afectan las condiciones actuales de operación, y el avance según la proyección esperada, sobre todo en la organización de servicios y disponibilidad de profesionales cualificados. Se reconoce la necesaria gradualidad a la hora de ampliar el alcance, hasta consolidar un modelo que refleje eficiencia administrativa, fortalezca los campos de acción preventivos y promocionales, coordine las inversiones con instituciones, organizaciones y organismos privados y públicos, uniformice una cartera de servicios acorde a las realidades locales y regionales, avance en la funcionalidad de la red territorial y su implementación de manera estable. Por todo esto, se estima que se requerirá al menos 10 años para instalar a plenitud la estrategia de Atención Primaria Renovada en todo el territorio nacional. ^{(27) (28) (29)}

En la APS como en ninguna otra política pública se reconoce la dependencia de los tiempos, necesarios para responder diferentes necesidades, en diferentes condiciones sociales. La integralidad, requiere promoción continua de buenas prácticas, de acuerdo a la organización establecida y según las metas de la política de gobierno. ^{(30) (31) (32) (33)}

Contribuye al rezago, la coexistencia de dos modelos en los territorios sociales, aquellos donde se han instalado las Unidades de Salud de la familia (39 %), y aquellos territorios donde persisten y predominan los centros de atención tradicionales o puestos de salud (60 %), situación que corrobora la fragmentación al interior del propio subsector público, por la escisión existente entre los dispositivos de regulación, financiamiento y gestión de los recursos humanos en el primer nivel de atención, en relación con los demás niveles del sistema, debido a que la estrategia persiste disociada funcionalmente (Puestos de Salud versus Unidades de Salud de la Familia), incompletamente articuladas a la red de servicios y redes de salud.

El análisis de variables políticas, económicas y sociales, en países con diferente tradición política, estudiados a lo largo de 50 años, demuestran diferentes patrones sistemáticos en la salud de la población a través del tiempo. Estos resultados respaldan la hipótesis de que las ideologías políticas de los partidos

de gobierno afectan los indicadores trazadores de salud. Si las ideologías son igualitarias, tienden a aplicar políticas redistributivas. Otro hallazgo importante fue que las políticas dirigidas a reducir las desigualdades sociales, como las políticas del estado del bienestar, parecen tener un efecto saludable sobre los indicadores trazadores de salud como la mortalidad infantil y esperanza de vida al nacer.^{(34) (35)}

Otro estudio ha expuesto la relación entre desigualdades, mal estado de salud auto- percibida, nivel de educación y tradiciones políticas, aunque se ha encontrado diferencias entre países de una misma tradición política. Estos hallazgos ayudan a comprender mejor el papel de los gobernantes, las políticas y las tradiciones políticas vinculadas a las desigualdades en salud, reflejado en indicadores y resultados en salud en todo el ciclo de vida.^{(36) (37) (38) (39)}

Se percibe la ausencia de espacios de debate sobre la construcción de un modelo nacional sostenido, la asesoría de la cooperación internacional no ha tenido una participación protagónica, sino más bien funcional, en contraposición a la abogacía hacia estrategias e intervenciones en pro de la cobertura universal. En el transcurso de los tres periodos de gobierno se ha ido perdiendo el enfoque de derechos, empoderamiento comunitario, y perdido fuerza la atención intercultural, las estrategias de humanización en los servicios, y la negociación permanente hacia acciones prioritarias relacionadas al control de los determinantes sociales.

Conclusiones

A pesar de no contar con garantía de financiamiento, que existe poca o nula flexibilidad del gasto en los niveles regionales y locales, y que son frágiles los nexos entre los objetivos de la política y la realidad administrativa, se constatan resultados, que se atribuyen a la gestión social conjunta de referentes de las comunidades, heterogéneamente a la *calidad de gestión local, y regional*, a cargo de los recursos humanos que integran los equipos, y los esfuerzos de otros sectores, que aportan recursos alternativos y capacidades locales, que ayudan a sobrellevar las brechas financieras.

En los *niveles micro*, las condiciones adversas, en determinados territorios, la ruralidad, pobreza y capacidad instalada real, confrontadas con las diferentes dimensiones exploradas, reflejan la necesidad de *descomplejizar los instrumentos y desburocratizar las prácticas en el primer nivel de atención*, sobre todo en relación a los sub-sistemas de información, las herramientas de planificación y gestión, y la selección y utilización de indicadores trazadores que faciliten la relación entre niveles para una evaluación más simétrica y comparable.

La *potencialidad de la promoción de la salud* por encima de la reparación del daño, es el desafío constante para equilibrar la preeminencia del hospital y las tendencias hacia costosas e ineficientes tecnologías. Dimensión que deben tener claro los niveles de conducción.

La *continuidad del cuidado*, dependiente del fortalecimiento de mecanismos de comunicación y gestión entre el primer nivel y los hospitales, implica un tutelaje del recorrido del paciente, con *intervención activa de las instancias de coordinación* para articular los procesos asistenciales, apoyados en instrumentos de referencia y retorno, y guías de regulación médica, para garantizar efectivamente la accesibilidad a todos los niveles del sistema y resolver las necesidades urgentes.

En los niveles locales, los *procesos de capacitación continua y educación permanente*, se complementan con la utilización de protocolos y guías clínicas. El incentivo profesional, económico, formativo y afectivo, estabilizan al personal residente en zonas remotas. El reconocimiento continuo de los esfuerzos lleva como contraparte el fortalecimiento de competencias técnicas y clínicas.

Existe percepción que aspectos ideológicos y de tradiciones políticas, influyen en las metodologías, el diseño, la implementación y las subsiguientes etapas del ciclo de la política estudiada, así como en sus resultados, reflejado en indicadores trazadores de salud, pobreza y exclusión.

Se identifica la demanda y necesidad de realizar investigaciones en salud pública desde la óptica de la equidad, universalidad, integralidad y determinantes sociales propugnadas desde el nuevo paradigma en salud instalado en las nuevas políticas públicas en salud.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Documento de posición de la APS sobre el legado de Alma Ata, lecciones aprendidas y experiencias extraídas de los procesos de reforma de los sistemas de salud.. Washington, D.C.: 2005.
2. Organización Panamericana de la Salud. Consulta Regional de Montevideo – Uruguay (Declaración Regional de APS) presentada en la 46 asamblea de la CD. 2005.
3. OPS/OMS. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. 2007.
4. República del Paraguay. Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud. Paraguay; 1996.
5. Constitución Nacional del Paraguay; 1992.
6. ...Resolución N° 101 RS. Creación de la Dirección General de Atención Primaria de Salud. 2008.
7. ...Resolución N° 730, que reglamenta el funcionamiento de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.
7. Ministerio de Salud Pública. OPS/OMS.. Exclusión Social en Salud Paraguay; 2006.
8. OPS/OMS. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la Salud en el mundo 2008.
9. www.alma-a.es/declaraciondealmaata. [Online]. [cited 2013 febrero 27].
10. Constitución Nacional del Paraguay. 1992.
11. Dullak R et al, Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva / Primary Healthcare in Paraguay: overview and prospects. Ciênc. saúde coletiva. 2011 Junio; 16(6).
12. Arrow, K. Toward a 21st-Century Health Care System: Recommendations for Health Care Reform. Ann Intern Med. 2009; 150: p. 493-495.
13. Borja J. Descentralización del Estado: movimiento social y gestión local. 1987.

14. MSPBS/OPS. Perfil de los sistemas de salud de Paraguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. 2008.
15. Alum N. Cabral-Bejarano MS. Sistema de Salud del Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011; Vol. 1(1): p. 13-25.
16. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Desigualdades Sociales en Salud. Conceptos, estudios e intervenciones. 2013;(ISBN: 978-958-761-477-0).
18. Bruno J. Estado, sociedad, Políticas Publicas. 2004. Disponible en:
<https://es.scribd.com/doc/44784147/ESTADO-SOCIEDAD-Y-POLITICAS-PUBLICAS-Bruno-Jobert>
19. ...Giménez D. Mesa redonda “No discriminación y accesibilidad universal”. Conferencia Internacional 2008-2013: Cinco años de vigencia de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
20. Harris D. La ética en los Servicios de Salud y Política: Un enfoque global.
21. Coleman C. et all. Contribución de la ética a la salud pública. Disponible en:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/>
22. Vidal P. La teoría de la justicia social en Rawls. ¿Suficiente para enfrentar las consecuencias del capitalismo? Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682009000200011
23. Pérez Andrés C. Hacia la cobertura universal. El concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer.
24. David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. WHO. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica. 2014.
25. David H. Peters, Nhan T. Tran, Taghreed Adam. Organización Mundial de la Salud. Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica.: Alianza para la

Investigación en Políticas y Sistemas de Salud; 2013.

26. Rodríguez, G. Metodología de la Investigación Cualitativa. 1996.
27. Fernández Sampieri R. Metodología de la Investigación. 2010.
28. García Concheso T. La dimensión regulatoria de la función rectora. Taller: La Regulación Como Elemento Esencial de la Rectoría en Salud. La rectoría de salud como componente esencial de la gobernabilidad del sector.
29. Crosier M. La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión Pública: "Reforma y Democracia. 1997.
30. Cunill GN. La Intersectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social. Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. 2005; p. 52 pp. 18-21.
31. Monroy G. et all. Informe de Evaluación a Programas Públicos. "Programa de Atención Primaria de Salud y Unidades de Salud de la Familia. Sistema de seguimiento y evaluación en el marco del presupuesto por resultados. Paraguay; 2011.
32. Cover, F Ceitlin, J Gómez. Medicina de Familia: La Clave de un Nuevo Modelo. 1997.
33. J. C. Elementos esenciales, fundamentos y principios de la medicina familiar. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. 1997;; p. p. 3-14.
34. I. M. Orígenes de la medicina familiar. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. semFYC y CIMF. ; p. p. 15-23.
35. Cuesta, L. ¿Medicina general integral o medicina familiar? Rev Cub Med Gen Integ. 2007 Septiembre; 23(3).
36. Navarro V. et all. Politics and health outcomes. The Lancet. 2006 ; 368(9540): p. 1033-1037.
37. Navarro V SL. The political context of social inequalities and health. Soc. Sci Med. 2001; 52: p. 481-91.
38. J. B. La desigualdad perjudica seriamente la salud. Gac Sanit. 1997; 11: p. 255-57.

39. Borrell C. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. 2008.
40. Espelt A. et all. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*. 2008; 37: p. 1095–1105.
41. Palomino Pea. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Paraguaya de Sociología*. 2014 junio; 72(ISSn: 0034-9712.): p. 71 - 91.
42. Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEEyC). Encuesta Permanente de Hogares. 2015.
43. Dullak R. et all. Atención Primaria en Salud en Paraguay: panorámica y perspectiva / Primary Healthcare in Paraguay: overview and prospects.. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 Junio 2011; 16(6);: p. 2865-2875.
44. Dirección General de Descentralización. www.mspbs.gov.py/dependencias/ Dirección General de Descentralización/Informe Descentralización 2010. [Online]. [cited 2014 mayo 24].
45. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Paraguay;; 2008.
46. Rodríguez MB et all. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados. *Saúde debate*. 2012 Sep; 36(94): p. 449-460.
47. Paraguay. Ley N° 3007/06 “Que modifica y amplía la Ley 1032/96. 2006.
48. Organización Panamericana de la Salud. Documento de posición de la APS sobre el legado de Alma Ata, lecciones aprendidas y experiencias extraídas de los procesos de reforma de los sistemas de salud. 2005.
49. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas.. 2005 julio.

50. Conill E. et all. The contribution of comparative analysis to a comprehensive evaluation framework for primary care systems in Latin America. *Rev. Bras. SaúdeMatern. Infant.* 2010 Noviembre; 10(Supl.1): p. S15-S27.
51. Conill EM. Políticas de atenção primaria e reformas sanitarias: discutiendo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis 1994 - 2000.
52. Marmot M. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010..
53. Saltman RFDO. The concept of stewardship in health policy. *Bull World Heath Organ.* 2000. June; 78. Disonible en: http://www.ijhpm.com/article_3214.html
54. Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning.* 2008. ; 23: p. 318–327.
55. Cunill Grau N. Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia.* 2010; 46: p. 43-72.
56. Ortúzar MG. “Gobernanza” y “Gobernanza en Salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder politico? *Revista Internacional de Etica y Politica.* 2014;(5): p. PP.63-86.
57. Declaración de Alma Ata. [Online]. [cited 2013 febrero 27. Available from: Disponible en: www.alma-a.es/declaraciondealmaata/declaraciondealma.
58. Marín J. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2000; 8(n.1-2): p. pp.21-32.
59. Prats J. Servicio Civil y Gobernabilidad Democrática. *Administración & Ciudadanía.* 2009 ; 3(3): p. 65-94.
60. Pratz J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. *Revista Instituciones y Desarrollo.* 2001;(10).
61. Bascolo EYN. Gobernanza del Desarrollo de la APS en Rosario. 2011.
62. Bascolo E. Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América

- Latina. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011; 16(6): p. pp. 2763-2772.
63. Varela Alvarez EJ. La Gobernanza en la Obra de Joan Prats. GIGAPP. .Estudios/Working Papers. 2011;(WP-2011-01): p. 16pp.
64. Arredondo AOEDPea. Temas selectos en Sistemas de Salud. Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza: Conceptos, Tendencias y Evidencias. 2009.
65. Flores W. Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. Rev. salud pública [online]. 2010; 12(Suppl.1): p. pp. 28-38 ISSN 0124-0064.
66. Magrini Pigatto J. Gobernanza de la Atención Primaria de Salud en Argentina y Brasil. 2010.
67. Marmot M. The Marmot Review. Strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010.
68. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. Revista Internacional de Estadística y Geografía. 2011 enero-abril ; 2(1).
69. Arredondo AOEEa. Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes. Rev. salud pública. 16 (3): 335-345, 2014. 2010.
70. Pérez Andrés C. Sobre la Metodología Cualitativa. S. Rev Esp Salud Pública. 2002; 76: p. 373-380.
71. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. 2001.
72. Sandoval Casilimas CA. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Módulo IV. Investigación Cualitativa. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior ICFES. ;: p. 187 ISBN 958.9329.
73. Majone G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. Revista do Serviço Público. 2014; 50(1): p. p. 5-36.

74. Organización Panamericana de la Salud. La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas. 2007.
75. Gusso G. Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos. 2004; 30(8): p. 408-410.
76. Nigenda-Lopez GJRCEa. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. Rev Saúde Pública. 2013; 47(1): p. 44.
77. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation and policy. 1992.
78. Mayntz R. Nuevos desafíos de la teoría de Governance. 2000; 7: p. 35-52.
79. Flores MCA. Una mirada desde la Sociedad Civil a la Gobernanza del Sistema de Salud. 2012.
80. Arredondo A, Orozco E. Governance and equity from health care reform in Mexico. 2008; 23(1): p. 37-49.
81. Sutcliffe SCJ. "A Toolkit for Progressive Policymakers in Developing Countries" Reino Unido; 2006.
82. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Acción sobre los determinantes sociales de la salud: el aprendizaje de las experiencias anteriores. 2005.
83. OMS. Agenda para la Salud 2008 - 2017. 2007.
84. Urzúa MA. Aspectos conceptuales sobre calidad de vida relacionada con la salud. Rev Med Chile. 2010; 138: p. 358-365.
85. Palomba R. Calidad de vida: Conceptos y Medidas. Institute of Population Research and Social Politics. CELADE/CEPAL. 2002.
86. Pellegrini Filho A. Conferencia Mundial sobre determinantes sociales da Saude. 2011.
87. OMS. Determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008 - ¿Qué es, por qué, y cómo? 2012.

88. Cortes BPA. El concepto de calidad de vida en las teorías del desarrollo. Criterio jurídico Garantista. 2013.
89. Gimenez Mercado C. El enfoque de los derechos humanos en las politicas publicas: ideas para un debate en ciernes Caracas; 2010.
90. Garcia Gonzalez R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la poblacion. Revista Cubana de Salud Publica. 2011; 37.
91. Recalde F. Enseñanza de la Justicia Social. Revista de Salud Publica del Paraguay. 2011;; p. 26-34.
92. Majone G. Evidencia, argumentación y persuasión en la formulación de políticas,; 1997.
93. OMS. Hacia un Marco Conceptual para el Análisis y la Acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud. 2005 Abril 4.
94. Michalos A ZBHA. Health and the quality of life. Social Indicators Research. 2000; 51: p. 245.
95. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. Construyendo interculturalidad crítica. 2010;; p. 75 - 76.
96. CEPAL. La proteccion social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago; 2006.
97. Vidal Molina P. La teoría de la justicia social en Rawls. 2011.
98. Lugones Botell M. Los retos culturales de la salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002 Enero; 18.
99. Dirección General de Descentralización. nforme Descentralización. /I 2010.
100. Álvarez Pérez AG,GFAiRSABGM. Voluntad política y acción intersectorial: Premisas clave para la determinación social de la salud en Cuba. Rev.Cubana Hig Epidemiol [revista en la Internet]. 2007 Diciembre.
101. Wied DL. Towards a philosophy of public health. J. Epidemiol. Community Health. 1999; 53: p. 99-104.

102. Gostin LO. Public health, ethics, and human rights: A tribute to the late Jonathan Mann. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2001; 29(2): p. 121-130.
103. Fenton E, & AJD. Bioethics and human rights: Curb your enthusiasm. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2010; 19(1): p. 127-133.
104. Jamison, D. et al. *The Lancet*: Global health 2035: a world converging within a generation. 2013 December 3;(13): p. 1-57.
105. Savedoff, W. et al. Universal Health Coverage 2. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. 2012 September 8; 380.
106. Paraguay. Ley n° 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud. .

Conclusiones:

Los hallazgos demuestran que los resultados restringidos en la implementación de esta política pública han sido altamente influenciados por la *inestabilidad política*.

La *rotación sucesiva de gobiernos* en los últimos cinco años, ha desviado de su curso normal la implementación de la APS, debilitando los enfoques integrales y su potencialidad como política de estado, llegando a una cobertura del 39 % en siete años.

La *función rectora se ha puesto a prueba* más allá de los habituales criterios de desempeño, ante los desafíos para la superación de variados obstáculos y barreras burocráticas para instalar los cambios y transformaciones en torno a esta política pública, incluyendo la adaptabilidad a escenarios complejos, limitaciones financieras, y resolución de situaciones de crisis.

Se ha identificado la necesidad de dar *fuerte impulso a programas de formación de directivos y cuadros técnicos* que incorporen las competencias en un marco de idoneidad demostrada según cargo, área y organización de desempeño para llevar adelante el plan de desarrollo social, y las políticas sociales con proyección a largo plazo, incluida la política social de APS en el ámbito sanitario, incorporando el concurso para cargos directivos.

En relación a la *modalidad de gobernanza*, es claro el giro entre un gobierno y otro, pasando de una modalidad flexible e integradora a modalidades más rígidas de tipo jerárquico.

La *gestión financiera*, se ha visto afectada por condicionantes estructurales, calidad del gasto, nivel de eficiencia y coordinación entre el gobierno central y los gobiernos subnacionales. Los flujos de recursos no están orientados efectivamente a dar respuesta a las prioridades nacionales de salud, siendo insuficientes para poner en marcha funciones y normas, acuerdos y dinámicas sociales y políticas, y aún menos proyectar cambios sostenibles, en función a nuevos problemas y escenarios.

La *capacidad regulatoria*, se caracterizó por implementar dispositivos basados en incentivos y compromisos, aunque sin lograr la incorporación de procesos de fiscalización y evaluación sistemáticos en las primeras etapas. En las siguientes, vuelven a instalarse mecanismos restrictivos que afectan la cohesión y reincorporan barreras burocráticas para la gestión.

La *evolución de los procesos de reconstrucción de gobernabilidad*, fue más favorable en regiones o departamentos caracterizados por la mediación de actores relevantes y referentes de partes interesadas, tanto del ámbito público y privado, que han asumido roles dinamizadores y facilitadores de interacciones

y relaciones, ejerciendo mecanismos de influencia mutuas entre las diversas instituciones, capaces de rescatar y continuar avances y logros, demostrando las implicancias de una gobernanza sistémica que va más allá de las fronteras de la institucionalidad sectorial (sanitaria) o social para el diseño de políticas públicas.

A pesar de no contar con *garantía de financiamiento*, que existe poca o nula flexibilidad del gasto en los niveles regionales y locales, y que son frágiles los nexos entre los objetivos de la política y la realidad administrativa, se constatan resultados, que se atribuyen a la gestión social conjunta de referentes de las comunidades, en igual medida, aunque heterogéneamente a la *calidad de gestión local, y regional*, a cargo de los recursos humanos que integran los equipos de salud familiar, y los esfuerzos de otros sectores, que aportan recursos alternativos y capacidades locales, que ayudan a sobrellevar las brechas financieras.

En los *niveles micro*, las condiciones adversas, en determinados territorios, la ruralidad, pobreza y capacidad instalada real, confrontadas con las diferentes dimensiones exploradas, reflejan la necesidad de *descomplejizar los instrumentos y desburocratizar las prácticas en el primer nivel de atención*, sobre todo en relación a los sub-sistemas de información, las herramientas de planificación y gestión, y la selección y utilización de indicadores trazadores que faciliten la relación entre niveles para una evaluación más simétrica y comparable.

La *potencialidad de la promoción de la salud* por encima de la reparación del daño, es el desafío constante para equilibrar la preeminencia del hospital y las tendencias hacia costosas e ineficientes tecnologías. Dimensión que deben tener claro los niveles de conducción.

La *continuidad del cuidado*, dependiente del fortalecimiento de mecanismos de comunicación y gestión entre el primer nivel y los hospitales, implica un tutelaje del recorrido del paciente, con *intervención activa de las instancias de coordinación* para articular los procesos asistenciales, apoyados en instrumentos de referencia y retorno, y guías de regulación médica, para garantizar efectivamente la accesibilidad a todos los niveles del sistema y resolver las necesidades urgentes.

En los niveles locales, los *procesos de capacitación continua y educación permanente*, se complementan con la utilización de protocolos y guías clínicas. El incentivo profesional, económico, formativo y afectivo, estabilizan al personal residente en zonas remotas. El reconocimiento continuo de los esfuerzos lleva como contraparte el fortalecimiento de competencias técnicas y clínicas.

Por último, existe una fuerte percepción acerca de qué *aspectos ideológicos y de tradiciones políticas*, influyen en las metodologías, el diseño de políticas, la implementación y las subsiguientes etapas del ciclo de la política estudiada, así como en sus resultados, reflejado en indicadores trazadores de salud, pobreza y exclusión.

Recomendaciones

1. El tema eje se ha centrado en el *rol de los actores sociales*, identificando la necesidad de promover la participación y conformación de grupos de trabajo y mesas de estudio intersectoriales enfocadas al análisis de dimensiones prioritarias y brechas identificadas según territorios sociales, a través de sus representantes oficiales integrantes de los Consejos Regionales y Locales de Salud, y otros grupos de interés.
2. *Ley de Atención Primaria de Salud*: Las restricciones financieras demuestran la necesidad de diseñar un modelo financiero para la APS, a ser incorporado como presupuesto protegido.
3. *A nivel nacional analizar los factores que reducen la factibilidad de las metas de la política*: incluida la capacitación de los equipos de salud de la familia y sus cuadros directivos renovados, la actualización del Plan Estratégico, el rescate de metas planteadas en el origen, retomar la movilización de grupos comunitarios y redes de familias, que han asumido roles pasivos, fortalecer el sistema de información y sus dispositivos, necesarios para influir en la toma de decisiones.
4. *Diseño de escenarios de factibilidad por macro regiones basados en prioridades*:
 - A) Regiones con mayores recursos y capital social
 - B) Regiones más pobres donde predomina la asistencia pública y se requiere mayor apoyo subsidiado por el Estado y cooperantes.
 - C) Regiones especiales: con escenarios de implementación con mayores obstáculos: zonas rurales distantes y comunidades indígenas, ambientes políticos conflictivos y retardatarios (violencia, inseguridad).
5. *Tablero de comando*: para el cumplimiento de cronogramas de avance de reconversión de puestos de salud a unidades de salud de la familia, como compromiso gubernamental y multisectorial.
6. *Desarrollo de estrategias innovadoras*: foros, espacios de debate tecno-políticos, sociales y académicos, congresos, seminarios, jornadas y retiros de salud incentivando la participación del público interno de salud, a nivel local, regional, internacional, integración a redes latinoamericanas.

-
7. Se identifica la demanda y necesidad de *realizar investigaciones en salud pública* desde la óptica de la equidad, universalidad, integralidad y determinantes sociales propugnadas desde el nuevo paradigma en salud instalado en las nuevas políticas públicas en salud.
 8. *Promover la utilización de indicadores de gobernanza*: orientado a establecer sinergias para ampliar potenciales resultados sanitarios, a nivel nacional, regional y local.

Lecciones aprendidas:

1. Los hallazgos de esta investigación se centraron en variables relacionadas a roles y funciones de rectoría y gobernanza a nivel nacional y niveles subnacionales, en un país latinoamericano reconociéndose la dificultad de extrapolar los hallazgos a otras experiencias de la región, pero con elementos en común, que aportan análisis diferenciados de aspectos sociales, políticos, económicos, técnicos, estructurales, biomédicos y de comportamiento de los diferentes actores y grupos que se interrelacionan para alcanzar objetivos y metas sanitarias, en la búsqueda de equidad y justicia.
2. Se llega a comprender claramente que la Atención Primaria de Salud, implementada de manera más integral a diferencia del primer modelo, ha tenido dificultades para la sostenibilidad en varios países, lo que sugiere la necesidad de establecer una estratificación clara de regiones a priorizar.
3. La revisión y análisis de fuentes secundarias fue amplia, utilizando una matriz de datos utilizada para identificar bibliografía de respaldo para resúmenes ejecutivos de evidencia (método Cochrane), a partir de lectura previa de los abstracts, aunque se dio preferencia a artículos originales de autores latinoamericanos, considerando las experiencias de Atención Primaria de Salud en América Latina en diferentes contextos.

Selección de Fuentes de Información: Las fuentes de información consideradas en este trabajo incluyeron: Medline (Biblioteca Pubmed), la plataforma de la Biblioteca Virtual en Salud BVS/BIREME/OPS -<http://regional.bvsalud.org>, Biblioteca Cochrane plus (EPOC), Universidad Mc Master (<http://www.researchtopolicy.org>, <http://www.healthsystemsevidence.org>, <http://www.healthevidence.ca>), Scholar google, Google Académico. LILACS. SCIELO.REDALYC y EBSCO HOST de artículos originales y de revisión.

Estrategias de búsqueda complementaria: Revisión manual de investigadores, revisión de páginas web relacionadas para la obtención de datos estadísticos (www.mspbs.gov.py, www.dgeec.gov.py, www.paho.org, www.who.int), sitios de la administración pública: www.presidencia.gov.py, www.stp.gov.py.

La búsqueda electrónica produjo diferentes números de referencias a partir de las combinaciones de palabras clave, para cada fuente. De los artículos identificados como potencialmente relevantes para

cada opción, relacionadas a la pregunta de investigación, a partir de la lectura de los abstracts, se seleccionaron los textos completos que llenaban los criterios de inclusión. De alrededor de 600 artículos vinculados a la Rectoría, Gobernanza, Gobernabilidad, Atención Primaria de Salud, fueron preseleccionadas 125, de los cuales fueron elegidas entre 35 y 45 sin contar documentos oficiales y literatura gris, para su revisión a profundidad que forman parte de la lista de referencia y base de datos en Excel

4. El *enfoque cualitativo del tema* ha confrontado los conocimientos previos sobre el tema, la experiencia y los hallazgos de las fuentes secundarias, y de las entrevistas a los actores entrevistados. La disponibilidad de conocimiento procedente de varias vertientes, causo inquietud, y un poco de confusión al inicio de la etapa de análisis e interpretación. Esto desafía a asumir una postura epistemológica, dar rienda suelta a la creatividad y recurrir a las técnicas y recursos existentes, para organizar la información, transcribirla, leerla y analizarla. Los dispositivos utilizados para complementar esta etapa fueron el software Atlas. Ti, matrices de Excel).

En el transcurso de su aplicación, lo más importante fue asumir la responsabilidad al momento de interpretar todo lo que había leído y escuchado, tras contrastar permanente y simultáneamente cada una de las respuestas procedentes de cada entrevista, generando conceptos y teoría, después de pasar por cuatro etapas: ordenar y comprender los datos, integrar lo relacionado a cada categoría de análisis o tema explorado, delimitar los hallazgos que fueron amplios, y llegar a un resultado o construcción mental por segmentos.