

COLABORACIÓN ESPECIAL

Recibido: 11 de junio de 2018
 Aceptado: 13 de octubre de 2020
 Publicado: 10 de noviembre de 2020

IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN PARAGUAY EN TRES PERIODOS DE GOBIERNO: DIMENSIONES POLÍTICAS, SOCIALES Y TÉCNICAS OBSERVADAS EN EL NIVEL SUBNACIONAL

Maria Stella Cabral-Bejarano (1), Gustavo Nigenda (2), Eleonor Conill (3) y Armando Arredondo (4)

(1) Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Asunción. Paraguay.

(2) Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma. Ciudad de México. México.

(3) Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Ciudad de México. México.

(4) Observatorio Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde. Universidad Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Brasil.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El estudio espera contribuir al análisis de dimensiones y subdimensiones políticas, técnicas y sociales que repercuten en los procesos de ajustes al modelo de sistema de salud basado en la estrategia renovada de APS (Atención Primaria de Salud), a nivel regional (meso) y local (micro), niveles donde se exteriorizan los problemas, obstáculos y se constatan las brechas de capacidad institucional, en contextos de cambios de conducción política, que ponen en riesgo su sostenibilidad. La observación incluyó tres periodos de gobierno (2008-2012, 2012-2013 y 2013-2018), en dos departamentos de Paraguay (Misiones -rural- y Central -urbano-).

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa sobre la implementación de políticas públicas de salud, basada en estudios de caso en contextos específicos, complementada con revisión documental. Se exploraron procesos sanitarios macro, meso y micro, desagregados en dimensiones políticas, sociales y técnicas, para poder trazar el perfil de gestión de la APS en el nivel subnacional en tres periodos de gestión de gobierno. Se entrevistó a directores, gerentes y profesionales sanitarios, con experiencia, compromiso, adherencia y conocimiento previo, utilizando categorías de análisis seleccionadas a priori. Los datos y selección de fragmentos discursivos fueron procesados con el software Atlas Ti y hojas de cálculo en Excel.

Resultados: A pesar de las restricciones financieras y la nula flexibilidad del gasto público, se declararon resultados positivos en salud en las regiones en estudio, atribuidas al liderazgo, el empoderamiento, el desempeño individual, la cohesión de los equipos de salud y el compromiso en el desarrollo de las estrategias delineadas, todo ello en el marco de implementación de las políticas de APS. Se constataron asimetrías y limitaciones tecnológicas de los subsistemas de información, traducidas en debilidades de gestión. Se consideró incipiente la participación comunitaria en el diseño y evaluación de planes de salud. Persistían debilidades de coordinación para la continuidad de los cuidados. Se desarrollaron diferentes modelos de capacitación en los diferentes niveles. Fue insuficiente la dotación de médicos de familia.

Conclusiones: Los vínculos entre los objetivos de implementación de las líneas de políticas de Atención Primaria de salud, los procesos decisorios y la sostenibilidad administrativa han permanecido frágiles durante los sucesivos cambios de gobierno.

Palabras clave: Política de Salud, Gobernanza, Atención Primaria, Desarrollo local.

ABSTRACT

Implementation research of primary health care in Paraguay in three periods of government: political, technical and social dimensions at the subnational level

Background: The study hopes to contribute to the analysis of political, technical and social dimensions and sub-dimensions that affect the processes of adjustments to the health system model based on the renewed PHC (Primary Health Care) strategy, at the regional (meso) and local levels. (micro), levels where problems and obstacles are externalized and institutional capacity gaps are verified, in contexts of changes in political leadership, which put their sustainability at risk. The observation included three government periods (2008-2012, 2012- 2013 and 2013-2018), in two departments of Paraguay (Misiones -rural- and Central -urban-).

Methods: Qualitative research on the implementation of public health policy in Paraguay, aimed at promoting improvements in health services in specific contexts, through case studies, complemented with a documentary review. It explores macro, meso, and micro health processes, disaggregated in their political, social, and technical dimensions, to trace the PHC management profile over time. Directors, managers, and professionals in the field of health with experience, commitment, adherence, and prior knowledge were interviewed, using a priori analysis categories. The data and selection of discursive fragments were processed with the Atlas Ti software and auxiliary matrices in Excel.

Results: Social changes and health outcomes are perceived in the study regions, despite financial restrictions and no flexibility of public spending on health attributed to the leadership and individual performance of health workers, which establish differences in terms of empowerment, cohesion and commitment in the development of the strategies outlined by the technical teams and decision-makers responsible for the implementation of policy lines in primary health care.

Conclusions: There are technological limitations, asymmetries of the information subsystems that translate into management weaknesses, as well as little community participation in the design and evaluation of health plans. Coordination weaknesses and improvement plans were detected in operating units of the regional networks, as well as. different training modalities. The availability of specialists in family medicine is low.

Key words: Health Policy, Governance, Primary Care, Local Development.

Correspondencia:

Maria Stella Cabral-Bejarano
 Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción
 Tte. Lidio Cantaluppi y Guillermo Molinas
 (021) 334-650
 Asunción, Paraguay
 cabralbejarano.mariastella@gmail.com

Cita sugerida: Cabral-Bejarano MS, Nigenda G, Conill E, Arredondo A. Implementación de la Atención Primaria de Salud en Paraguay en tres periodos de gobierno: dimensiones políticas, sociales y técnicas observadas en el nivel subnacional. Rev Esp Salud Pública. 2020; 94: 10 de noviembre e202011144.

INTRODUCCIÓN

Los Sistemas de Salud de los países latinoamericanos han desarrollado en las últimas tres décadas diversas propuestas de reforma sanitaria, en contextos que han derivado en contención de gastos, crisis cíclicas y ajustes macroeconómicos. Estas estrategias han afectado a los derechos y oportunidades de las poblaciones más pobres y, en la última década, al desempeño e implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en Paraguay, a lo cual se han sumado prácticas ligadas a la corrupción, la burocracia y la ineficiencia administrativa local, proyectándose nuevas reformas estructurales en el gobierno actual durante el período 2018-2023^(1,2,3,4).

Las observaciones desde las perspectivas política, técnica y financiera demuestran restricciones para el avance, aunque desde la perspectiva social se han organizado respuestas colectivas exitosas, más allá de la visión de contención de demandas y costes, reconociendo a los individuos y grupos como activos y medios de acción para alcanzar los objetivos sanitarios^(5,6).

En Paraguay, alrededor del 25% de la población carece de protección social garantizada, y es en este estrato donde la mitigación de riesgos colectivos y la accesibilidad a una cartera integral de servicios sigue siendo asimétrica e inequitativa^(7,8,9).

Se reconoce a la estrategia de APS como un modelo impulsor de cambio hacia la equidad, capaz de alcanzar mejoras sustentables en la gestión y los resultados sanitarios, con participación protagónica de los actores sociales como articuladores naturales de procesos orientados a atenuar el impacto negativo de los determinantes sociales y ambientales de salud^(10,11).

Diversos procesos de consolidación democrática, libertades públicas y ejercicio de los derechos individuales y colectivos, así como la creación de espacios de participación garantizados por la Constitución Nacional de Paraguay, orientan los esfuerzos para identificar y establecer nuevas estrategias dirigidas a la reducción progresiva de la fragmentación existente en la atención de la salud⁽¹²⁾, aunque el desarrollo y los resultados de estas estrategias no han sido documentados y analizados hasta la fecha de manera rigurosa.

El presente artículo tuvo por objetivo analizar los procesos de dirección y desarrollo de la APS durante tres periodos de gobierno (2008-2012, 2012-2013 y 2013-2018), en dos departamentos de Paraguay (Misiones -rural- y Central -urbano-), considerando dimensiones y subdimensiones de procesos visibles a nivel regional (meso) y local (micro), donde se exteriorizaban los problemas, obstáculos, restricciones de implementación efectiva y capacidades institucionales, en contextos de cambios políticos que generaban ajustes al Sistema de Salud^(13,14).

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa sobre la implementación de política pública de salud, orientada a explorar fenómenos complejos a través de estudios de caso desarrollados en una región urbana y otra rural, en el transcurso de tres periodos de gobierno (2008-2012, 2012-2013 y 2013-2018). Se identificaron vínculos comparativos en el desarrollo de los procesos a nivel macro, meso y micro, a partir de la observación de las dimensiones políticas, técnicas y sociales relacionadas con la gestión de la estrategia de APS en el nivel subnacional^(15,16,17).

Se aplicó un cuestionario de preguntas abiertas a dieciséis informantes clave, cuatro

directivos, ocho gerentes y cuatro profesionales de la salud, con perfil técnico o gerencial, seleccionados según criterios de experiencia, conocimiento, compromiso y adherencia a la estrategia renovada de APS, complementada con una revisión documental para profundizar en el contexto. Se seleccionaron artículos de texto completo, utilizando palabras clave (presentes en los registros DeCS y MeSH), de las bases de datos *Scielo*, *Lilacs*, *Medline*, *Pubmed*, *Cochrane Plus*, Biblioteca Virtual en Salud (BVS/Bireme (OPS), Universidad Mc Mahon, y *Google Académico*.

Las categorías de análisis incluyeron “principios y valores” (equidad, solidaridad y enfoque ético), “componentes políticos” (gobernanza, conducción, coordinación, planificación, recursos, financiación, intersectorialidad, construcción de las redes de servicios), “componentes técnicos” (capacitación de la fuerza de trabajo

de la APS) y “componentes sociales” (enfoque intercultural, participación comunitaria, gratuidad de la atención). Se exploraron e interpretaron mensajes, discursos y representaciones acerca del desenvolvimiento de la estrategia de APS en el nivel regional y local.

El procesamiento y análisis de datos se realizó a través del software Atlas Ti para la reducción y selección de fragmentos discursivos, apoyados en tablas complementarias de Excel. Los tipos de servicio que conformaban las redes integradas por niveles de atención se presentan en la **tabla 1**; los resultados de observaciones políticas, técnicas y sociales relacionadas con la implementación de la estrategia de APS en dos regiones se consignan en la **tabla 2**; un resumen comparativo entre las dos regiones en estudio se dispone en la **tabla 3**, aproximando el perfil o trazabilidad del desempeño en la gestión a nivel meso (regional), en

Tabla 1			
Tipo de servicios y niveles de atención y complejidad de las redes integradas.			
Niveles de atención	Tipo de servicios	Nº	Reorganización de funcionalidad en redes integradas para la continuidad del cuidado
1 ^{er} Nivel	Unidades de Salud de la Familia	806	Interactúa con todas las unidades efectoras de los diferentes niveles (40% de 1.800 planificadas)
		377	Puestos de Salud en proceso de reconversión a USFs
		12	Dispensarios
2 ^o Nivel	Hospitales Básicos	41	Hospitales básicos
		104	Centros de Salud en proceso de reconversión a Hospitales Básicos
3 ^o Nivel	Hospitales Distritales	33	Hospitales distritales ubicados en cabeceras distritales
	Hospitales Generales/ Regionales	16	Hospitales Regionales Generales y 4 hospitales generales urbanos, ubicados en puntos estratégicos del área metropolitana
4 ^o Nivel	Hospitales Especializados	122	Hospitales Materno-Infantiles especializados de referencia nacional
Total		1.393	-
Fuente: Elaboración propia, con datos proporcionados por la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.			

Tabla 2
Implementación de la Atención Primaria de salud: dimensiones políticas, técnicas y sociales observadas en el nivel subnacional en tres periodos de gobierno. Paraguay, 2008–2018.

DIMENSIONES EN EL NIVEL SUBNACIONAL Y OBSERVADAS		1ER PERIODO 2008 - 2012	2º PERIODO 2012 - 2013	3ER PERIODO 2013 - 2018	RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION
VALORES Y PRINCIPIOS		<ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzo por incorporar una visión integral, holística, de derechos, género e interculturalidad - Selección de territorios sociales con mayor vulnerabilidad, integración de "redes de personas" 	<ul style="list-style-type: none"> - Avances hacia la gestión integrada de redes de servicios (niveles de atención) - Fortalecimiento de la gestión integrada de los equipos para la continuidad del cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye empoderamiento en los principios de APS inicialmente - Pérdida del capital social construido inicialmente 	<ul style="list-style-type: none"> - Se pierde el equilibrio de autoridad, y participación de multiplicitud de actores, instituciones y organizaciones - El enfoque de derechos y promoción de valores y normas sociales ya no está en el discurso sanitario
	DIMENSIONES POLITICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Compromiso Político visibilizado en el incremento del gasto social - Fondos de equidad transferidos y administrados a través de consejos locales de salud - Recursos de la cooperación/ Rec. locales 	<ul style="list-style-type: none"> - Transición, inicio de tendencia a la centralización - Se mantienen algunos directivos que no responden a méritos - Se incorporan en APS recursos humanos sin <i>expertise</i> en el área 	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto redistribución del gasto para APS - Brechas financieras no compensadas - Ausencia de garantía de financiación - Retorno a planificación normativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Se vulnera la concepción de APS como Política de Estado, retornándose a una administración centralizada y burocrática
DIMENSIONES POLITICAS, TECNICAS Y OBSERVADAS EN EL NIVEL SUBNACIONAL		<ul style="list-style-type: none"> - Se alinean políticas de salud y desarrollo nacional/local - Construcción de gobernanza - Se movilizan recursos de la cooperación internacional, recursos regionales y locales - Construcción de gobernanza nacional/local - Gabinete Social coordina acciones intergubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Esfuerzos para fortalecer la coordinación entre niveles de atención y superar barreras burocráticas - Se mantiene política de gobierno 	<ul style="list-style-type: none"> - Se desarticulan cuerpos de gobernanza - No se convoca a actores integrantes del Consejo Nacional de Salud durante todo el periodo de gobierno 	<ul style="list-style-type: none"> - Se visibiliza claramente cambio de un modelo donde las instancias del gobierno, la gestión y los actores de la sociedad civil operan juntos al retorno de un modelo fragmentado, con restricciones financieras, que desdibuja el modelo de atención y organización inicial.
		<ul style="list-style-type: none"> - Presupuesto cuadruplicado en primeros 3 años - Avances de descentralización administrativa - Habilitación de 750 unidades de salud familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo político insuficiente para la implementación de nuevos procesos - Continuidad de procesos iniciados de manera intercal - Se equilibra la inversión en la mediana y elevada complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Se ve afectada la disponibilidad de profesionales, medicamentos, sistemas de regulación médica, gestión de la información 	<ul style="list-style-type: none"> - Variables políticas y económicas condicionan el curso de implementación de la política y en las modalidades y capacidades para resolver problemas en el nivel macro, meso y micro. Paso de una modalidad flexible e integradora

Tabla 2 (continuación)
Implementación de la Atención Primaria de salud: dimensiones políticas, técnicas y sociales observadas en el nivel subnacional en tres periodos de gobierno, Paraguay, 2008–2018.

DIMENSIONES	1 ^{ER} PERIODO 2008 - 2012	2 ^O PERIODO 2012 - 2013	3 ^{ER} PERIODO 2013 - 2018	RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACION
DIMENSIONES POLITICAS, TECNICAS Y OBSERVADAS EN EL NIVEL SUBNACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuaciones institucionales organizacionales y funcionales - Contratación de RRHH con incentivos diferenciados. - No se avanzó en el diseño de instrumentos de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobredemanda inducida, desde primera etapa - Debilidades de sistematización de información generada en niveles locales 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragmentación de acciones e intervenciones - Rotación masiva de personal y directivos capacitados y deserción - Procesos de capacitación frenados - Percepción de retorno a planificación normativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Organización más flexible y mayor autonomía de ESF (1^{er} periodo) - Sobredemanda de consultas - Cohesión de cuadros técnicos debilitada - Comunicación entre niveles (Generalistas/Especialistas)
	<ul style="list-style-type: none"> - Cursos de inducción para iniciados - Esfuerzos por incrementar conectividad - Diseño de software experto, gestión de las Tics 	<ul style="list-style-type: none"> - Cursos virtuales para médicos de familia 	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono de procesos de capacitación, supervisión capacitante y evaluaciones trimestrales - Instituto Nacional de Salud (inactivo) 	<ul style="list-style-type: none"> - En los tres periodos de gobierno no se ha planificado la oferta de médicos familiares y generalistas para el primer nivel de atención
DIMENSIONES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de gestión integrado: capacitación, normas, protocolos, guías, gestión de equipos, medicamentos, e insumos estratégicos - Diseño, edición y publicación de normas, protocolos y guías (fortaleza) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se suspenden jornadas, talleres y cursos de inducción de equipos de trabajo local - Se implementan guías, normas y protocolos producidos en la primera etapa 	<ul style="list-style-type: none"> - Se concluye Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia, como instrumento capacitador de los nuevos recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> - Se observa el ingreso de nuevos recursos humanos, con una confusión de identidad por abandono de procesos de capacitación e inducción al modelo de APS
	<ul style="list-style-type: none"> - Aumenta el número de programas horizontales integrados al 1^{er} nivel de atención. - Coexistencia con programas verticales - Acciones organizadas en las comunidades, movilizaciones, campañas y reuniones). 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuyen los encuentros comunitarios 	<ul style="list-style-type: none"> - Se ve comprometida la participación social - Casos de cooptación de grupos de poder (político), sobre actores considerados legítimos referentes locales 	<ul style="list-style-type: none"> - Se iniciaron en la primera etapa evaluaciones preliminares de la gestión social de la salud en territorios sociales seleccionados a través de Indicadores de cambio social en escenarios favorables y adhesión de las comunidades
<ul style="list-style-type: none"> - Escasa evidencia de participación de actores en fases de diseño de planes locales, en el nivel meso y micro. - Fortalecimiento de actores estratégicos, liderazgo local 	<ul style="list-style-type: none"> - Asimetría de contribuciones sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye participación de organismos de cooperación y organizaciones de la sociedad civil 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación ampliada de la sociedad y las comunidades a través de múltiples mecanismos e iniciativas para la participación directas en la gestión de políticas públicas de APS 	
<ul style="list-style-type: none"> - Diferencia de desempeño individual que establece diferencias en los procesos de coordinación de la gestión local 	<ul style="list-style-type: none"> - Grados de participación: algunos territorios mantienen sus dinámicas, en contraste con otros donde se debilitan las iniciativas 	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuye la autonomía local 	<ul style="list-style-type: none"> - 	

Tabla 3
Observaciones comparadas en las regiones sanitarias de Misiones y Central (Paraguay).
Implementación de la APS en el nivel subnacional.

Dimensiones	Subdimensiones	Misiones	Central	Observaciones	
Dimensiones y subdimensiones de implementación de APS en el nivel subnacional	Principios y valores	Equidad, solidaridad, universalidad	+++++	++++	Organización de servicios en redes deben fortalecerse
		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	+++++	++	Mayor logro en el nivel subnacional vs área metropolitana
		Enfoque de derechos, interculturalidad y genero	++++	+++	Paraguay asume tradiciones y costumbres, medicina alternativa
	Componentes Políticos	Continuidad del cuidado	+++++	+++++	Progresiva mejoría de procesos de articulación entre niveles
		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
	Componentes técnicos	Territorialización	+++++	+++++	Avances en la definición, ASIS y mapeo de territorios
		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
		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
		Subsistema de medicamentos y suministros	+++	+++	Cursos de inducción para iniciados
		Subsistema de información	+++	+++	Asimetría de cantidad y calidad de datos entre USFs
		Subsistema de Vigilancia de la Salud: Endemias, Epidemias, Control de Vectores	+++++	+++++	Subdimensión prioritario lograda
		Subsistema de urgencias y emergencias: SEME Regionales y Centros de regulación	+++	+++	Regiones estudiadas carecen de centros reguladores. Centralizado
Subsistema de comunicación	+++	+++	Es débil en ambas regiones. En área metropolitana se facilita		
Subsistema de evaluación	++++	++++	Ambas regiones realizan procesos de evaluación sistemáticos		
Capacidad instalada: infraestructura, equipamiento, RRHH	++++	++++	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: Percepción de actores clave sobre subdimensiones implicadas en el marco de implementación de la APS en dos regiones de salud, Paraguay 2008-2018. Las cruces reflejan grado de intensidad de acciones o logros baja (1 o 2 cruces), media (3 cruces), alta (4 a 5 cruces).

ámbito urbano y rural, en los tres periodos de gobierno, utilizando una escala de Likert para demostrar la estimación de baja, mediana o alta intensidad de los efectos, en términos de acciones y procesos.

RESULTADOS

Los indicadores de implantación de la APS como política pública, observados en dos regiones del área urbana y rural, permitieron valorar el avance hacia la conformación de un nuevo modelo de gobernanza, interpretada como la participación de actores clave, tanto regionales como locales, así como de representantes de las comunidades, en la toma de decisiones y gestión de la estrategia, el empoderamiento sostenido de los usuarios e integrantes de los equipos de salud de la familia, la adherencia a los valores y normas sociales, la emergencia de modalidades más flexibles de organización y conducción en el primer nivel de atención y el progresivo avance de la gestión integrada entre los niveles de atención y la complejidad. Estos logros se obtuvieron a pesar del debilitamiento de la inversión y la masiva rotación de gerentes y técnicos con los sucesivos cambios de gobierno.

La percepción de cambio social en las comunidades rurales y los barrios periféricos de las zonas urbanas, en el marco de implementación de la versión renovada de la estrategia de APS en las regiones en estudio, reflejó modificaciones en los patrones de acceso a nuevos servicios sanitarios, un cambio de hábitos y conducta de los usuarios y la adopción de nuevos estilos de vida, tanto del lado de la demanda (individuos y familias) como de la oferta (personal y profesionales de salud).

La calidad de la gestión local y el empoderamiento de los equipos sanitarios dependen de una comprometida interacción

de actores, instituciones públicas y privadas y del respaldo político-técnico para identificar y diseñar intervenciones dirigidas a mitigar determinantes sociales y ambientales, además de estrategias diferenciadas para dar respuesta efectiva a los problemas sanitarios de la población, considerando prioritaria la accesibilidad vial, la disponibilidad de servicios de transporte y el incremento de unidades de atención en los diferentes distritos del país.

En el área urbana (Departamento Central), las asimetrías en la calidad de gestión se atribuyeron a: las debilidades de la capacidad instalada (infraestructura, equipamiento, tecnología y recursos humanos capacitados); los desiguales procesos de territorialización; la coordinación entre las unidades operativas; el diferente grado de empoderamiento, compromiso y cohesión de los cuadros técnicos, contrastando esto con liderazgos emergentes que impulsaban la implementación de planes estratégicos regionales y se esforzaban en mantener los mecanismos de evaluación y capacitación (talleres, cursos virtuales de inducción, disponibilidad de guías, protocolos, y normas), considerados una fortaleza.

En los dos primeros años (2008-2010), la fuerza de trabajo de la APS se incrementó un 60% en el primer nivel de atención, con equipos de salud de la familia incompletos. Aun así, la dotación de recursos humanos en zonas urbanas y rurales se incrementó en 34,4 trabajadores de salud por cada 10.000 habitantes, según el *Informe de la Segunda Medición de las Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud*^(1,2,3,18,19,20). Solo el 9,17 % de la fuerza laboral estaba integrada en la APS⁽⁴⁾. Aún no se logró que al menos el 70% de trabajadores de Atención Primaria recibieran capacitación sostenida con un enfoque intercultural. Cerca del 50% de la fuerza laboral en el sector de Atención Primaria proviene de sus propias comunidades^(5,20).

La evaluación de los planes estratégicos regionales (PER) reflejó una debilidad en todos los periodos de gobierno, no constatándose dispositivos o mecanismos alternativos de seguimiento. Persistió la insuficiente dotación de especialistas en medicina familiar y la distribución de agentes comunitarios fue inequitativa, tanto en zonas urbanas como rurales.

En el área rural (Departamento de Misiones), tuvieron mayor impacto social y gran potencialidad las actividades de promoción de la salud. La eficiencia y oportunidad de las derivaciones entre los niveles de atención para la continuidad del cuidado eran asimétricos y requerían mayores esfuerzos, acompañamiento e intervención activa para incrementar la capacidad de respuesta, incluyendo el fortalecimiento de los equipos de salud de familia que funcionaban con dotación insuficiente de agentes comunitarios. Aún eran incipientes las experiencias de participación de la comunidad en el diseño y evaluación de planes de salud, lo que se atribuía, entre otros factores, a perfiles laborales, inseguridad y largas distancias de desplazamiento.

Principales observaciones de las dimensiones políticas, técnicas y sociales y los principios y valores en el nivel subnacional:

- Principios y valores que convivían con la estrategia de APS. La adhesión a un modelo de salud familiar holístico (enfoque de derechos, equidad, género e interculturalidad), buscaba transformar el modelo de gestión tradicional fragmentada hacia una gestión integrada, a favor de las personas y familias que viven en territorios sociales de mayor vulnerabilidad.
- Reorganización territorial. Los análisis de situación de salud local (ASIS) contribuían a la actualización de los datos demográficos, epidemiológicos, económicos, históricos, culturales y ambientales como instrumento político para

la gobernanza, de cara a identificar y priorizar problemas y necesidades de atención prioritaria, a partir de un exhaustivo análisis del territorio y la realidad local.

- Participación de actores en fases de diseño de planes locales. En ambas regiones, a nivel meso y micro, no se logró disponer de evidencia de la participación de actores locales en el diseño de los planes de salud.
- Liderazgo y desempeño individual. Los resultados de salud y cambio social a niveles locales se atribuyeron a la capacidad de coordinación de la gestión local, mostrando diferencias en términos de cohesión de equipos, compromiso, responsabilidad y capacidad de conducción y gerencia entre las USF (micro) y a nivel regional (meso).
- Gestión financiera como dimensión política. La descentralización administrativa, los fondos de equidad y la integración de recursos a través de una agenda de cooperación interagencial, gobernaciones, municipios y organizaciones no gubernamentales demostraron potencialidad para ejecutar líneas de acción planificadas (habilitación de nuevas USF; adecuación de infraestructura de USF existentes; contratación de médicos, enfermeras, obstetras y auxiliares; provisión descentralizada de medicamentos, combustible, alimentos e insumos estratégicos para el primer nivel de atención).
- Intersectorialidad. En la primera etapa, los campos de acción intergubernamental se armonizaron a través del gabinete social de la Presidencia de la República, instancia nacional responsable de implementar políticas sociales, coordinadas a niveles subnacionales con las organizaciones públicas, privadas y solidarias, articulando recursos e iniciativas que promovieran la gestión social de la salud. La visión y objetivos de estos esfuerzos se debilitaron progresivamente en los últimos dos periodos de gobierno analizados.

Observaciones de dimensiones técnicas en la implementación de la APS en los niveles meso:

- Gestión de Recursos Humanos. Hubo una insuficiente contratación de médicos de familia, médicos generalistas, enfermeras, odontólogos, obstetras, auxiliares y agentes comunitarios. No se logró la dotación progresiva esperada, incluidos los procesos de capacitación, afectados por la rotación de gobiernos y los diferentes enfoques de gestión.
- Desarraigo, inestabilidad laboral y pérdida de alicientes monetarios. Se desincentivó el traslado a las zonas rurales, optando una gran parte de profesionales por la permanencia en la capital y el área metropolitana, retornando al pluriempleo.
- Capacitación de los Equipos de Salud de la Familia. Fueron concebidas diferentes estrategias para capacitar a la fuerza de trabajo de la APS, tales como cursos de inducción para iniciados, supervisiones capacitantes y cursos virtuales de medicina familiar para médicos generales.
- Gestión de medicamentos y bienes estratégicos. La liberación de aranceles y costes de los medicamentos (estimados en 50 dólares americanos por persona) generó sobredemanda de consultas de diferentes grupos de edad, sobre todo de los adultos mayores afectados por enfermedades crónicas. Los mecanismos de entrega de medicamentos a la población no fueron garantizados, y brechas financieras desequilibraron la proyección de la cobertura en todos los periodos de gobierno, con retrasos en la transferencia de recursos ocasionando frecuentes desabastecimientos.
- Seguimiento y evaluación en los niveles subnacionales. En los inicios del primer periodo de gobierno se realizaron estudios de casos como estrategia evaluativa, por asimetrías tecnológicas y debilidades del sistema de información.

Siguieron evaluaciones externas, debido a la dificultad de unificar homogéneamente los indicadores trazadores en todos los territorios del primer nivel de atención.

- Desarrollo de programas horizontales y verticales en el primer nivel de atención. Se concibió la coexistencia de implementación de programas verticales y horizontales por ciclo de vida, priorizando 17 objetivos estratégicos, adaptados localmente a partir del análisis de situación territorial o ASIS (salud materna, infantil y del adolescente), enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes), atención a la discapacidad, registro civil de las personas, suministro de agua potable, saneamiento básico y ambiental, inclusión de tecnologías para el fortalecimiento de la gestión administrativa y el impulso a la participación comunitaria e intersectorial.
- Fortalecimiento de la articulación en redes integradas e integrales. Los cambios sucesivos de gobierno fueron afectando a la laboriosa articulación de unidades operativas en redes para la continuidad del cuidado, lo que se tradujo en múltiples debilidades de funcionalidad de los procesos primordiales (disponibilidad de profesionales, medicamentos, sistemas de regulación médica, gestión de la información y comunicación, cualificación de recursos humanos, integración de médicos generalistas y especialistas).

Dimensiones sociales observadas en la implementación de la APS a nivel meso y micro:

- Participación comunitaria. Los indicadores de cambio social permitieron evaluar los cambios y avances, tales como el número de programas en ejecución, el número de organizaciones organizadas y la frecuencia de movilizaciones, campañas y reuniones (174 nuevos Consejos Locales de Salud fueron creados en el 73% de los municipios). La participación ciudadana se tradujo en iniciativas y acciones a favor de la

salud de las familias y comunidades, aunque factores socioeconómicos, culturales, políticos y la presencia o ausencia de organizaciones pertenecientes a la sociedad civil determinaron mejores resultados.

DISCUSIÓN

El estudio desarrollado en un contexto urbano (Central) y un contexto rural (Misiones) aporta evidencias empíricas sobre cómo las decisiones sanitarias se orientan según concepciones éticopolíticas, filosóficas y metodológicas, en el transcurso de tres periodos de gobierno ideológicamente antagónicos, lo que se traduce en acciones concretas que generan diferentes efectos y resultados en términos de salud y desarrollo social.

El análisis de las “Dimensiones políticas” de la APS en Paraguay colocan en perspectiva cambios de orientación y prioridades de inversión en salud, seguido del retorno a modelos administrativos centralizados y burocráticos que debilitan la gobernanza regional y local, la gestión conjunta gobierno-sociedad civil y la participación ciudadana.

Las “Dimensiones Técnicas” observadas en la primera etapa corroboran la incorporación transversal de líneas de cuidado prioritarias, con mayor flexibilidad y autonomía en el desarrollo de determinados procesos en los diferentes territorios. La elaboración de guías, protocolos y normas se reconocen como fortalezas, que trascienden los cambios y contribuyen a la construcción de capacidades.

El estudio resalta los efectos y resultados en la salud que derivan en nuevos enfoques y opciones de política, los cuales afectan, según el periodo de gobierno considerado, a la organización, nexos funcionales, modalidades de inversión, contratación de recursos humanos y procesos de capacitación. La discontinuidad de

líneas de política con cada cambio de gobierno genera la coexistencia de dos modelos de atención en el primer nivel: USF (40%) y puestos de salud tradicionales (60%), agregando una causa adicional de fragmentación del sistema y conflictos para la regulación, la financiación y la gestión a nivel local.

La gestión social de la salud en los territorios, evaluada mediante indicadores sociales de cambio, demuestra mayor empoderamiento de los usuarios e integrantes de los equipos de salud de la familia, participación en procesos de planificación estratégica, incremento del intercambio de información, capacitaciones integradas entre niveles, desarrollo de nuevos programas prioritarios y líneas de cuidado, con experiencias innovadoras tales como los encuentros comunitarios (Aty Guazú en idioma guaraní), con apoyo de la acción intersectorial por la salud.

Las dinámicas financieras reflejan y condicionan la voluntad de los gobiernos de reducir o no la fragmentación, visibilizada en modelos flexibles o rígidos, integradores o inequitativos, orientados o no al desarrollo sostenible.

Según datos del Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya (CADEP), en 2017 el gasto en salud del 4,5% del PIB se incrementó a expensas del gasto de bolsillo de los hogares⁽⁶⁾.

Se reconoce como limitación del estudio el número de regiones analizadas, al no representar la diversidad ecológica territorial y la heterogeneidad cultural y económica de regiones como el Chaco Paraguayo, las regiones del norte del país o de la frontera, no incorporadas en este estudio.

Se observa una notoria reorientación organizativa, en el marco de sucesivas reformas del sistema sanitario basadas en el fortalecimiento

del primer nivel de atención, así como la articulación de servicios en redes, pero con escasos ajustes al modelo de financiación que impiden el fortalecimiento progresivo de subsistemas primordiales como la ampliación de la conectividad, tecnologías costo-efectivas, regulación de la calidad y precio de los medicamentos.

Una verdadera transformación social con enfoque en los derechos y la equidad requiere debate sanitario continuo, equilibrio de autoridad, participación comunitaria e intersectorial, mitigación de efectos de los determinantes sociales y respeto a las culturas, creencias y valores de grupos y territorios⁽²⁰⁾.

El riesgo moral en la gestión, la excesiva burocracia, la tendencia constante a la centralización sostienen históricamente la fragmentación del sistema, así como la inestabilidad política, las ineficiencias y desordenes administrativos y la discontinuidad de las metas de largo plazo repercuten directamente en los resultados de salud y bienestar^(21,22,23,24).

Acuña MC (2005) plantea que el mal uso de los recursos, su escasez y, por ende, su disponibilidad para implementar las políticas sanitarias, definen los límites y las oportunidades que el Estado puede brindar en términos de garantía de atención a la salud. De la misma manera, estos fenómenos se asocian a la ausencia de sinergias en los procesos de calidad, contenido, costes y aplicaciones de las intervenciones en salud^(25,26,27).

Navarro (2001) resalta la visión de una garantía de atención médica por edades, con servicios a las familias, a través de la atención domiciliaria, respaldados por políticas redistributivas que promuevan el bienestar y la reducción de las desigualdades sociales⁽²⁸⁾.

La estratificación sobre condiciones de vida por territorios y el conocimiento de factores

contextuales e individuales pueden contribuir a seleccionar intervenciones precisas sobre el ambiente, el urbanismo y la provisión de bienes y servicios, que incidan sobre aspectos socio-culturales y modifiquen indicadores socioeconómicos como lo refuerza Corral A (2016)⁽²⁹⁾.

La comparación del estado de salud autopercibido, el nivel de educación y las tradiciones políticas comparadas entre países visibiliza el papel de los gobernantes y su responsabilidad en los resultados y las desigualdades en salud en todo el ciclo de vida⁽³⁰⁾.

Además, la transición entre gobiernos debilita la participación y el debate sobre la construcción del empoderamiento comunitario, la atención a la dimensión intercultural, el fortalecimiento de estrategias de humanización en los servicios y la negociación permanente hacia acciones prioritarias relacionadas con el control de los determinantes sociales⁽³¹⁾.

Gallego-Diéguez (2016) incorpora el enfoque de salud positiva que analiza, no sólo los factores de riesgo, sino que acentúa el modelo de activos en salud, entendido como las fortalezas que tienen las personas, organizaciones y grupos sociales para maximizar la salud. Un activo en salud es cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de las personas, las comunidades y las poblaciones para mantener y promover su salud y bienestar^(32,33,34,35).

Giraldo (2012) plantea la contrastación de experiencias para la resolución progresiva y gradual de problemas, evitando afanes reformistas demagógicos, incorporando una visión más comprensiva, pluralista y crítica en contraposición a la visión centralizada del poder⁽³⁶⁾.

La implementación y fortalecimiento sostenido de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS), con fuerte inversión en el primer nivel de atención (APS), debe

ir acompañada del debate continuo sobre la reforma estructural del Sistema de Salud, nuevos enfoques teóricos sustentados en corrientes filosóficas y de teoría política para interpretar las realidades y condiciones específicas de cada país, con ajustes a los instrumentos para el desarrollo técnico orientados a afianzar los Sistemas integrados de Salud^(37,38).

Una transformación sanitaria sostenible y resiliente se enmarca en un contexto global, subrayando las necesidades de los grupos tradicionalmente desfavorecidos, estableciendo interconexión entre factores e intervenciones que influyan en el desarrollo humano, el medio ambiente, la prosperidad, la paz y las alianzas, y describiendo así un cambio de paradigma en la formulación de políticas que priorizan acciones encaminadas a mitigar los determinantes estructurales complejos y transversales del desarrollo social y económico^(39,40).

A modo de conclusiones, señalar que el cambio social se traduce en la adhesión e internalización de valores y normas no impuestas, así como el empoderamiento de usuarios e integrantes de los equipos de salud de la familia. Estos impulsan la participación, integración y el intercambio de información y experiencias, reforzando el modelo de activos en salud, entendido como la fortaleza de personas, organizaciones y grupos sociales para mantener, promover y maximizar la salud y el bienestar en sus comunidades, con mayor fuerza en el área rural.

Desde el punto de vista técnico, la calidad de los procesos de capacitación de la primera etapa se constituye en una plataforma sólida, proyectada en las siguientes etapas a través de propuestas de capacitación con contenidos claros, a pesar del evidente debilitamiento en otras dimensiones debido a la rotación masiva de profesionales y personal de salud integrantes de los equipos.

En el ámbito político, la inestabilidad administrativa y el cambio de escenarios de decisión afectan a la sostenibilidad financiera de los procesos en avance, visibilizados claramente en las etapas de implementación de la política de Atención Primaria de Salud a lo largo de tres periodos de gobierno de diferente signo político e ideologías opuestas.

Estas observaciones refuerzan la percepción de que los instrumentos, comportamientos y valores políticos favorecen o desfavorecen la redistribución de los recursos y establecen las políticas públicas, incluidas las políticas de salud, determinando el impacto del poder político sobre los resultados de salud y el estado de bienestar, incluyendo el tiempo de gobierno.

El planteamiento discursivo de un modelo de gestión integral de salud no logra pues la operatividad de la estrategia en la práctica según el diseño renovado (bajo número de recursos humanos con formación en APS, inestabilidad laboral, débiles procesos de monitoreo y evaluación, alejamiento de las metas declaradas), retornándose a un modelo de APS selectiva en gran parte del territorio nacional.

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. OPS/OMS. La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la Salud en el mundo 2008. 2008.
3. Organización Panamericana de la Salud. Consulta Regional de Montevideo – Uruguay (Declaración Regional de APS) presentada en la 46 asamblea de la CD. 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas; 2007.

5. Arrow K *et al.* Toward a 21st-Century Health Care System: Recommendations for Health Care Reform. *Ann Intern Med.* 2009; 150: p. 493-495.
6. Dullak R, Rodríguez M, Burzтын I, Cabral-Bejarano MS *et al.* 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. Centro de análisis de la economía paraguaya. <http://www.cadep.org.py/publicaciones-2/>. [Online].; 2017.
7. Ministerio de Salud Pública. OPS/OMS. Exclusión Social en Salud Paraguay; 2006.
8. Morley SV. Pobreza y crecimiento dual en Paraguay. Política macroeconómica y pobreza en América Latina y el Caribe. 1998; p. 669-712.
9. Esquivel Vaesquen B. Algunas causas de exclusión social en Paraguay. 2016.
10. Ruiz Rodríguez M *et al.* Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. *Revista de la Universidad Industrial de Santander.* 2017; 49(2).
11. Ramírez-Acosta N *et al.* Comprehensive Primary Health care in South America: contexts, achievements and Policy implications. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(10): p. 1875-1890.
12. Constitución Nacional del Paraguay. 1992.
13. Republica del Paraguay. Constitución Nacional; 1992.
14. Alum N, Cabral-Bejarano MS. Sistema de Salud del Paraguay. *Rev. Salud Pública Parag.* 2011; Vol. 1(1): p. 13-25.
15. Conill E *et al.* 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.
16. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados. *Saúde debate.* 2012 Sep; 36(94): p. 449-460.
17. Kennedy D *et al.* John F. Kennedy, School of Government. Universidad de Harvard. 1985.
18. Organización Panamericana de la Salud. Informe: 2º Medición de las Metas Regionales de RHS; 2013.
19. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/print-version-spanish.pdf>. [Online].; 2017.
20. Organización Panamericana de la Salud. Informe: 2º Medición de las Metas Regionales de RHS (2013). Op. Cit., pg. 1. [Online].; 2013.
21. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. Desigualdades Sociales en Salud. Conceptos, estudios e intervenciones. 2013.
22. Nigenda-Lopez G *et al.* Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(1): p. 44.
23. Garcia Gonzalez R. El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población. *Revista Cubana de Salud Publica.* 2011; 37.
24. Navarro V *et al.* Politics and health outcomes. *The Lancet.* 2006; 368(9540): p. 1033-1037.
25. Espelt A *et al.* Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology.* 2008; 37: p. 1095–1105.
26. 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.

27. Conill EM. Políticas de atenção primaria e reformas sanitarias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis 1994 - 2000.
28. Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. 1992.
29. Borrell C. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. 2008.
30. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS. 2014.
31. Javier Gállego-Diéguez J *et al*. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: La trayectoria en Aragón. *Gac Sanit*. 2016; 30(S1): p. 55–62.
32. Corral Martín A. Estratificación de territorios según condiciones de vida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2017; 33(3): p. 370-383.
33. Marmot M *et al* European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet*. 2012; 380: p. 1011-29.
34. Ovreteit J. Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions.. Open University Press. 1998.
35. Etienne V, Langlois N. Incorporación de la investigación en las políticas y los sistemas de salud de la Región de las Américas. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud,. 2018 Junio 8.
36. World Health Organization. WHO Strategy on Health Policy and Systems Research Changing Mindsets. 2012.
37. Ride V. Need for more and better implementation science in global health. *BMJ Global Health*. 2016.
38. Peters D *et al*. Investigación sobre implementación de políticas públicas de salud. *Guía Práctica*. 2014;(14).
39. Frenk J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*, v. 374, 2009, p.170-173.