

**Edgar Giménez Caballero/ José Carlos Rodríguez
Néstor Peralta/ Laura Flores**

Investigación para el Desarrollo - ID

Proyecto y situación de la participación social en el sistema de salud paraguayo

Fecha de recepción: 2 de febrero de 2017

Fecha de aprobación: 20 de mayo de 2017

RESUMEN. La participación social en salud ha sido formalmente establecida dentro del marco legal del sistema de salud paraguayo desde hace dos décadas, como parte del proceso de descentralización. Con esta orientación, se crearon consejos de salud en todos los distritos del país. Sin embargo, las respuestas de una muestra de medio millar de líderes del sistema de salud pública (gerentes y profesionales) califican como incipiente participación social en salud. Este artículo evalúa las respuestas de los encuestados sobre la parti-

Edgar Giménez Caballero

Doctor en Medicina y Cirugía (UNA), Especialista en Cirugía General (UNA), Master en Salud Pública (INSP Mx). Docente, investigador y consultor en salud pública de Investigación para el Desarrollo-id.

José Carlos Rodríguez

Ver CV en pág. 11.

Laura Emilce Flores Rodríguez

Médica por la UNA (Paraguay), Master en Ciencias en Seguridad y Salud Ocupacional por la Ludwig-Maximilians University, Munich. Alemania y Master en Prevención y Protección de Riesgos Laborales. Especialidad Higiene Industrial por la Universidad Alcalá de Henares, España. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción y Coordinadora Alternativa e investigadora del Área Salud Pública de Investigación para el Desarrollo-id.

Néstor Daniel Peralta Garay

Licenciado Análisis de Sistemas (UCA). Actualmente en elaboración de la Tesis para la Maestría en Educación con Énfasis en Investigación Educativa (UCA). Es responsable de Seguimiento, Monitoreo y Sistematización de Proyectos de Juntos por la Educación e investigador del área Salud Pública de Investigación para el Desarrollo-id.

© Edgar Giménez Caballero, José Carlos Rodríguez, Néstor Peralta y Laura Flores. Publicado en Revista Novapolis. Nº 11, Mayo 2017, pp. 115-135. Asunción: Arandurã Editorial. ISSN 2077-5172.

Giménez C., E.; Rodríguez, J.C.; Peralta, N. y Flores, L., Proyecto y..., pp. 115-135.

cipación de la comunidad en la salud, caracterizada como baja pero con expectativas más optimistas. Un bajo nivel de participación social en la salud puede limitar la realización del derecho a la salud en un Estado democrático, lo que implicaría una cobertura universal y una mayor transparencia, maximizando los recursos mediante la rendición de cuentas y la reducción de costos.

PALABRAS-CLAVE. Participación social en salud; Descentralización en salud, Consejos de salud.

SUMMARY. Social participation in health has been formally established within the legal framework of the Paraguayan health system for two decades as part of the decentralization process. With this orientation, health councils were created in all districts of the country. However, the responses of a sample of half a thousand leaders of the public health system (managers and professionals) qualify social participation in health as incipient. This article evaluates respondent's answers about community participation in health, which is characterized as low but has more optimistic expectations. A low level of social participation in health can limit the realization of health as a right in a democratic state, which would imply universal coverage and greater transparency, maximizing resources through accountability and cost reduction.

KEYWORDS. Social participation in health; Decision spaces; Health council.



Introducción

A nivel internacional se ha postulado que la participación social es un principio que debe orientar a los sistemas de salud, para que los ciudadanos sean parte activa del proceso de la toma de decisiones en la definición de prioridades orientadas a las necesidades de la comunidad, así como en la rendición de cuentas del uso de recursos y de los resultados sanitarios. Para ello se deben implementar mecanismos de participación activa, incluyendo acciones para desarrollar capacidades en los individuos y en las comunidades tendientes a promocionar entornos y estilos de vida saludables. Estos mecanismos se relacionan con la gestión, la evaluación y la regulación del sector salud (OPS, 2007). La participación social en salud supone el cumplimiento de varias condiciones (OPS, 1988; Pineda Y., 2014). Factores que dependen de la población y pueden sintetizarse como el fortalecimiento de la ciudadanía: factores que dependen del entorno, básicamente el desarrollo institucional; factores que dependen de los proveedores de salud; y otros, que dependen de la relación entre la población usuaria y los proveedores del sistema de salud. La participación en salud compromete a la sociedad, a la práctica asistencial, a la ciudadanía y a las grandes políticas (Pineda Granados, Francy, 2014).

En Paraguay la participación social en la salud ha sido incorporada de manera explícita en la legislación y en las políticas nacionales de salud,

para estimular el rol protagónico de los ciudadanos en el sistema nacional de salud. Ella es expresión de la democratización del Estado y de la necesidad de la integración de saberes comunitarios para una gestión social de la salud en los distintos territorios. Forma parte del proceso de descentralización de la salud (MSPBS, 2015, Paraguay. Ley 1032/96). Con la promulgación de una nueva Constitución Nacional en 1992, tras la caída de la dictadura en 1989, se ha implementado formalmente un proceso de democratización en todos los campos sociales, incluso el de la salud.

Las reformas más notables en el sistema nacional de salud del Paraguay, en el modelo de gestión, de atención y financiamiento, han sido respectivamente: a) la definición del marco legal y normativo para la descentralización de servicios, la articulación intersectorial y participación social a través de los consejos de salud; b) la estrategia de atención primaria de la salud mediante la instalación de unidades de salud de la familia según territorios sociales priorizados, y; c) la eliminación de aranceles como cuota de recuperación de financiamiento del sistema público, tendiente a eliminar las barreras financieras de acceso y el incremento progresivo aunque lento en el financiamiento público de la salud (Giménez, 2013). Esta formalización establece políticas sanitarias que contemplan de manera explícita la equidad sanitaria, la participación social, el derecho a la salud, la integralidad y la universalidad como valores y principios (MSPBS, 2015).

El marco formal más notorio es la ley 1032/1996 “Que crea el Sistema Nacional de Salud” y establece la creación de los consejos de salud a nivel nacional, regional (departamental) y local (municipal), tiene el fin principal de desarrollar un sistema sanitario mediante la concertación, la coordinación interinstitucional y la participación, según las prioridades de acción sanitaria en los distintos territorios, asegurando que toda la población reciba de manera equitativa servicios integrales y de calidad (Paraguay, 1996).

El decreto presidencial 19.996 del año 1998 reglamentó “la descentralización sanitaria local, la participación ciudadana y la autogestión en salud como estrategias para el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, ley 1032/96”. Ahí se establece que los valores y premisas para la descentralización sanitaria son la equidad, la solidaridad, la democratización, la participación social, la complementación pública privada, eficiencia, eficacia y calidad (Paraguay, 1998). El funcionamiento de los Consejos de Salud, nacional, regionales y locales, reglamentado por el decreto 22.385 de 1998, establece aspectos relacionados al quórum, al mecanismo de voto, a los mecanismos de articulación entre los consejos de salud y a las mesas directivas, a secretarías técnicas y el comité ejecutivo de los consejos de salud en sus tres niveles: nacional, regional y local. La conformación

de los consejos tiene lugar en una asamblea de constitución, donde son convocados representantes de instituciones públicas, privadas y miembros de organizaciones de la sociedad civil.

El modelo de transferencia de recursos y competencias se basa en acuerdos de descentralización, establece compromisos de transferencia desde el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como las Gobernaciones y las Municipalidades para los consejos de salud. En el caso de las municipalidades, especifica la transferencia del 5% de su presupuesto. Para las gobernaciones establece que ella sea de acuerdo a sus posibilidades. Estos acuerdos, según sean regionales o locales, están celebrados entre el Ministerio, las Regiones Sanitarias, los Consejos Regionales y las Gobernaciones. En el caso de los consejos locales, los acuerdos son entre el Ministerio de Salud, los Consejos de Salud, las Gobernaciones y las Municipalidades (Giménez, 2013).

A pesar de la formalidad jurídica e institucional, aún podemos preguntarnos cuál es el *grado de participación* de la comunidad en el sistema de salud paraguayo; cuánto incide la ciudadanía en las principales funciones de los servicios de salud, dado que ello supone el cumplimiento de múltiples factores. Para formular respuestas se ha adoptado el marco conceptual y técnico de los *espacios de decisión* (ED), que permite cuantificar la participación social de la comunidad en un conjunto de funciones, tanto el escenario actual como las expectativas. Con estos procedimientos se han diseñado y procesado *encuestas* a encargados de los servicios de salud, de los consejos de salud y de unidades de salud familiar. Adicionalmente fueron administradas *entrevistas* en profundidad a informantes de máxima capacidad directiva nacional, parlamentarios y miembros del Ejecutivo que tenían experiencia en la conducción del sistema de salud pública. Se analizó así las actitudes y las miradas vigentes en relación a la descentralización y a la participación comunitaria.

Bajo la concepción de los espacios de decisión, la descentralización consiste en la transferencia de autoridad –fiscal, administrativa y/o política– desde un *principal*, por ejemplo, del Ministerio de Salud o los Hospitales Nacionales, hacia instituciones alternativas o *agentes*: Regiones Sanitarias, Unidades asistenciales, Departamentos y Municipios. Las instituciones receptoras de la transferencia de autoridad –o agentes– pueden ser direcciones locales o regionales del mismo ministerio, parte de gobiernos sub nacionales u organizaciones del sector privado. La transferencia de competencias permite a los agentes tomar decisiones en un grado diverso dentro de las distintas funciones de servicios de salud, que son: a) administración de recursos financieros, humanos y bienes; b) gestión de servicios

mediante reglas de dirección y organización, c) administración de reglas de acceso para mejorar la accesibilidad de los servicios. El poder de decisión de los agentes en las opciones posibles o espacios de decisión ED define el grado de la *descentralización* en la salud, y el grado de *participación* de la sociedad en la salud.

El uso de la capacidad de decisión requiere la adquisición de nuevas capacidades, generadas con la ampliación de los ED en los agentes, quienes pueden utilizarlas o no de acuerdo a diferentes objetivos. Uno de ellos es ampliación del grado de *participación* ciudadana y los mecanismos que le acompañan. La participación ciudadana –actividad de las organizaciones sociales y de las redes locales– influye en los agentes, en el supuesto que a mayor conocimiento de las necesidades locales, los agentes pueden introducir innovaciones para resolver mejor los problemas locales de la salud. Expresión de estas innovaciones puede ser la mejoría del desempeño del sistema de salud (Bossert, 1998 y 2000).

Los conceptos de participación social y descentralización no son idénticos, aunque los formulen juntos las mencionadas leyes nacionales. La descentralización consiste en la división del poder de decisión entre un principal y sus agentes. La participación social tiene otro concepto y sigue otra práctica. Vincula y compara la actividad de los *proveedores* de los servicios de salud (autoridades y profesionales) en relación a la actividad de los *usuarios* de los servicios:

La participación social, en la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada (OPS, 1994, el énfasis fue agregado).

Lo contrario a la participación es la pasividad de los actores sociales asistidos en relación a sus problemas, una falta en la formulación de propuestas y de necesidades en materia de salud, una falta o mínima deliberación, democracia y concertación. La participación es, al contrario, una relativa autodeterminación colectiva, se contraponen a la tecnocracia o burocracia, donde los proveedores de servicios se reservan todas las decisiones y las gestionan, sin dar lugar a las iniciativas colectivas de los usuarios.

Aunque la ley tematice y prescriba la participación y la descentralización juntas, es imaginable y factible una participación social sin descentralización en sociedades muy pequeñas, donde los usuarios fueran poco nume-

rosos. O, si la colectividad fuera mayor, una participación de los usuarios a través de representantes, sin descentralización. Es también imaginable y factible una descentralización sin participación. Sería el caso del traspaso de autoridad, del principal a los agentes, sin empoderamiento de los usuarios de los servicios.

Material y métodos

El objetivo de este trabajo era contribuir a conocimiento del grado de participación social en el sistema de salud paraguayo, partiendo de la manifestación de sus protagonistas, en varios escenarios. En el escenario *actual* de la gestión sanitaria y en diversos escenarios *futuros*. Se propone secundariamente presentar la mentalidad de los encuestados. En la encuesta se pidió a los protagonistas del sistema de salud que caracterizaran el grado de *participación* de la sociedad en funciones determinadas para la producción de servicios de salud. Los informantes son en cierto modo la población estudiada, pero la pregunta sobre participación se refiere a la participación comunitaria, y no a los encuestados, que son tomados como informantes calificados que toman decisiones en las distintas funciones de producción de servicios de salud. Ellos fueron identificados mediante un mapeo de actores (ver más abajo).

Entre septiembre y diciembre del 2015, los integrantes de la muestra seleccionada respondieron a un cuestionario sobre el grado de descentralización y sobre participación social (de las organizaciones de la sociedad civil), en varias funciones de los servicios de salud: definición de prioridades, planificación de servicios, rendición de cuentas, actividades en situaciones de emergencia, actividades de promoción y prevención, organización de servicios y mejora de la calidad de la atención. Las preguntas se referían a los distintos escenarios: a) el escenario actual al 2015, b) los escenarios prospectivos tendenciales, 2018 y 2023 y c) un escenario ideal o desiderata. Cuál era, cuál llegaría a ser y cuál sería el poder de decisión idea sobre cada una de las funciones de los servicios de salud. Además, fueron entrevistadas veinte personas con la más alta experiencia y responsabilidad y capacidad de decisión (Giménez y otros, 2016).

La pregunta sobre la participación, en la encuesta mencionada y otros, fue formulada así:

“¿La comunidad (organizaciones de la sociedad civil) qué grado de participación tiene en la Definición de prioridades, Planificación, Rendición de Cuentas, Situaciones de emergencia, Actividades de promoción y prevención, Organización de servicios asistenciales, Mejora de servicios asistenciales?” (Giménez y otros, 2016: 139).

Para incluir a los encuestados y entrevistados se tomaron estas condiciones: ser directores y profesionales de salud con jefatura o responsabilidad en la gestión de servicios de salud de distintos niveles (Direcciones Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales Distritales; directores y profesionales de salud de los Centros de Salud y Unidades de Salud de la Familia); e integrantes de consejos de salud relacionados. Las localidades seleccionadas para el estudio fueron: a) Capitales de los Departamentos de la Región Oriental y el Departamento de Presidente Hayes de la Región Occidental; b) Distritos donde se asientan hospitales dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; c) Distritos inmediatamente aledaños a los hospitales donde asientan Centros de Salud y Unidades de Salud de la Familia.

La muestra dirigida, no estocástica, incluyó 511 informantes claves de 15 Direcciones Regionales, 15 Hospitales Regionales, 39 hospitales distritales, 10 Centros de Salud, 8 Unidades de salud familiar y de 54 consejos de salud. En cada establecimiento participaron: el director general, otros 2 directores de nivel y 1 profesional con responsabilidad de gestión. En los consejos de salud fueron entrevistados 3 integrantes.

Para diseñar y procesar las respuestas se usó una escala de Likert con puntajes del 1 al 4. Los resultados fueron procesados para describir la distribución de *frecuencias* y en un *coeficiente* entre los puntajes asignados y el máximo posible¹. Esta proporción indica el desempeño del espacio de decisión (ED) como la participación social en la producción de servicios de salud. Los espacios de decisión fueron categorizados como *mínimos*, *incipientes*, *avanzados* y *máximos*. Para traducir a los puntajes de Likert se tomó un rango de 100 (valor mínimo de 0 y valor máximo de 100). Las opiniones y actitudes que se desarrollaron en las entrevistas fueron ordenadas según las mismas dimensiones de la encuesta.

Resultados

Los puntajes

La encuesta obtuvo 511 cuestionarios válidos², 74% aplicados por directores; 11% por profesionales de salud y 15% por integrantes de Consejos

1 El total de puntos para cada respuesta para cada componente de la función de participación, en relación a los puntos máximos (notas) posibles mediante, se calculó así: $((n1 \cdot 0) + (n2 \cdot 1) + (n3 \cdot 2) + (n4 \cdot 3)) / (N \cdot 3)$. 100. En donde: nx: es la frecuencia de encuestados que califican la nota x para cada característica. N: es la frecuencia total en cada característica evaluada. Los números 1, 2, 3, 4 son las notas posibles asignables, que se transforman en: mínima = 0; algo = 1; bastante = 2; y máxima = 3. El dividendo: $N \cdot 3$, es el puntaje máximo posible, cuando todos califican nota máxima, el 100%. Si todos califican solo la mínima a todos, el resultado es 0%

2 En general los puntajes tienen la misma cantidad, aunque hay falta de algunas respuestas, por lo que el N va para cada función o dimensión entre 508 a 511.

de Salud. Los resultados se presentan según la distribución de frecuencias relativas o porcentajes (Tabla 1) y el desempeño del espacio de decisión ED que corresponde en este caso al grado de participación social para cada componente (Tabla 2, Ilustraciones 1, 2 y 3).

Cada componente (categoría, función o dimensión) se consideró independiente de los demás. Para construir un índice de la participación social en salud, se promedian las funciones tales como 'Definición de prioridades', 'Planificación', etc., dándoles el mismo peso relativo.

El escenario 2015 era la situación actual, tal como la ven los participantes en el estudio. Las variables componentes tuvieron un incipiente grado de participación social, categoría 2 sobre el máximo de 4. La de menor desempeño resultó ser el grado de participación en la rendición de cuentas (ED = 33.4 de 100 posible), mientras que el mayor grado de participación, siempre en una categoría incipiente, se valoró en la organización de los servicios (ED = 41 de 100 posible). El grado de participación social en la definición de prioridades, la planificación, en la mejora de la calidad, actividades ante situaciones de emergencia y en actividades de promoción y prevención tuvieron también desempeños incipientes.

En un ejercicio de prospectiva, los informantes claves caracterizaron los escenarios más posibles, tendenciales, al 2018 y al 2023, que corresponden a la culminación de dos periodos de gobierno. En el escenario tendencial más posible para el 2018, la valoración del grado de participación social en salud en esas funciones permanece dentro de una categoría menor, con pequeñas variaciones que reflejan algunas opiniones más optimistas en relación al escenario actual del 2015, donde el menor desempeño de participación correspondería a la participación en la planificación (ED = 43,7) y el mayor desempeño, siempre incipiente, correspondería a la participación en la organización de servicios (ED = 49,3). Los demás componentes presentarían un desempeño entre esos valores siguiendo la tendencia de la participación social en el sistema de salud paraguayo, con un promedio de 46,2.

A más largo plazo, al finalizar el siguiente periodo de gobierno en el 2023, la expectativa da un escenario más optimista. El grado de participación podría llegar a ser más avanzado en todos los componentes estudiados. La máxima expectativa de participación permanece en la organización de servicios de salud (61,2), y la menor en la planificación de servicios (58,4). Los demás componentes presentan un desempeño intermedio entre esos valores. En promedio la expectativa anunciada es de 59,7; aunque acá es difícil distinguir si es un pronóstico o una expresión de deseos, afectado por el ideal.

Tabla 1
Grado de participación social en funciones de servicios de salud³.

Distribución de frecuencias porcentuales, entre los puntajes de 1 (mínimo) a 4 (máximo). Escenario actual 2015, Escenarios prospectivos 2018 y 2023, y el Ideal. N=511.

Escenarios	2015				2018				2023				Ideal			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Definición de prioridades	24,3	51,3	21,5	2,9	8,2	59,1	25,2	7,4	4,1	27,0	55,8	13,1	1,6	5,3	25,7	67,5
Planificación	25,6	47,6	24,9	1,8	9,4	56,7	27,5	6,5	4,7	28,2	54,3	12,8	1,0	6,9	27,1	65,0
Rendición de cuentas	28,4	45,6	22,9	2,9	10,0	52,0	31,2	6,9	6,1	25,0	55,0	14,0	1,8	4,5	25,4	68,3
Situaciones de emergencia	28,0	39,7	28,4	3,7	13,2	46,5	32,7	7,7	7,5	23,1	55,4	14,0	0,4	6,3	24,0	69,0
Promoción y prevención	17,2	46,8	31,5	4,1	8,7	46,1	37,8	7,5	5,9	21,9	57,5	14,8	1,8	4,1	22,8	71,3
Organización de servicios	19,0	44,0	31,3	5,5	8,6	43,4	39,3	8,6	4,1	23,6	56,7	15,6	1,4	5,3	21,9	71,5
Mejora de la calidad	19,2	47,2	29,2	3,9	7,7	46,4	38,9	7,1	5,1	22,9	56,5	15,4	1,8	4,3	22,4	69,8
Función participación social	23,1	46,1	27,1	3,6	9,4	50,0	33,2	7,4	5,4	24,5	55,9	14,2	1,4	5,2	24,2	68,9

Fuente: Giménez y otros 2016: 150.

³ En el estudio fuente (Giménez y otros 2016) se había usado otra escala.

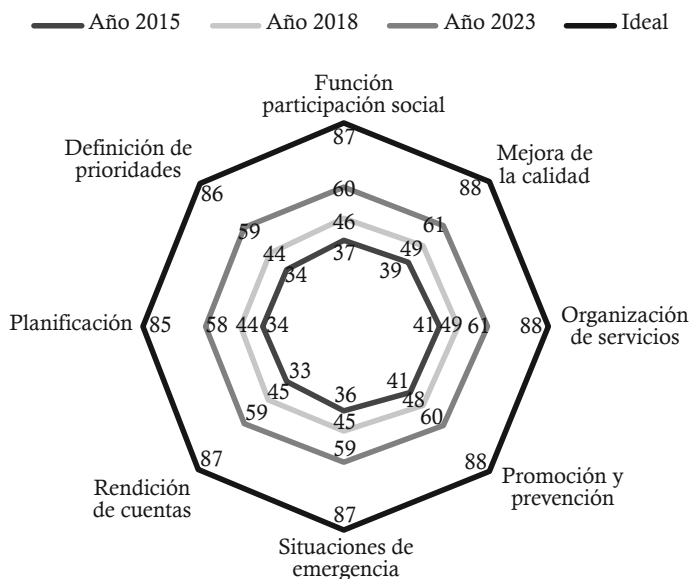
Tabla 2
Grado de participación social en funciones de servicios de salud sobre el máximo posible en los espacios de decisión (ED).

Escenario actual 2015, Escenarios prospectivos 2018 y 2023, y el Ideal. N=511.

Escenarios	Año 2015	Año 2018	Año 2023	Ideal
Definición de prioridades	34,4	44,0	59,3	86,3
Planificación	34,2	43,7	58,4	85,4
Rendición de cuentas	33,4	45,0	58,9	86,7
Situaciones de emergencia	35,9	45,0	58,6	87,4
Promoción y prevención	40,7	48,0	60,4	87,9
Organización de servicios	41,0	49,3	61,2	87,8
Mejora de la calidad	39,1	48,5	60,7	87,7
Función participación social	37,0	46,2	59,7	87,0

Fuente: Elaborado con base en Giménez y otros 2016.

Ilustración 1
Calificaciones de la escala (razones) de la participación en las distintas funciones. Escenarios: actual (2015), cercano (2018), más lejano (2023) e ideal.



Fuente: Elaborado con base en Giménez y otros 2016.

Resultó valioso confrontar estos escenarios fácticos con un ideal. ¿Cuál es el nivel deseable de participación? La cifra de 87, nos dice que el poder ideal deseado llega mucho más lejos que el visto y que el esperado a corto y mediano plazo. Es alto, porque ni la extrema centralización ni la extrema descentralización no constituye ideal de un país que se define, al mismo tiempo, como unitario y como descentralizado.

Pudo notarse que la calificación de las *funciones* no varía mucho en relación al promedio de ellas. La caracterización de 37 (en relación a 100), que se verifica en la participación actual (Ilustración 1, Tabla 2), no tiene muchas variaciones y tampoco es grande la dispersión en las expectativas. Aunque fue grande la diferencia entre fechas. Los encuestadores proponen, por ejemplo, un ideal de descentralización muy alto (87 en relación al máximo posible que es 100), y muy diferente al observado (37 en relación al máximo posible 100).

Al considerar las *variaciones esperadas*, los incrementos de futuro en los distintos escenarios, lo deseado es un 135% más de lo existente. En el corto plazo se espera un incremento de 25% de mayor participación, y en el largo plazo un incremento de 61%. A largo plazo, para el 2023, el grado de participación social esperada se incrementa en mayor grado, menor en dos funciones: rendición de cuentas y definición de prioridades (Ilustración 3).

Si en el 2015 se evalúa la participación de la sociedad civil en 37 sobre el máximo de 100; en el 2018 se estima que llegará hasta 46; y en 2023 que llegará a 60; haciendo una regresión con estos valores (Ilustración 3), en el año 2000, la participación de la sociedad podría haber sido de 15 sobre 100. El ideal de 87 ya se lo alcanzaría en el 2027, más allá del cual no sería conveniente aumentar la participación de la sociedad⁴. Menos de 13 por 100 de centralización anularía la centralidad nacional y la de los prestadores de salud.

Este puede no ser un juego de suma cero, donde uno gana lo que el otro pierde, pero la teoría obliga a presentarlo así para hacer por simplificación heurística. Además los datos numéricos deben ser entendidos en relación a las diversas acepciones empleadas por los entrevistados al hablar del ‘grado de participación’ de la comunidad y también de ‘descentralización’, con una mentalidad que –probablemente– sea similar a la de los encuestados.

Mentalidades

Lo que aportan las entrevistas a las encuestas es que los entrevistados usan concepto de ‘descentralización’, o ‘participación’ en forma ambigua, o

4 La ecuación de regresión tiene la forma: $y = 2E-51e^{0,0597x}$. Su ajuste a los datos es de $R^2 = 0,9926$.

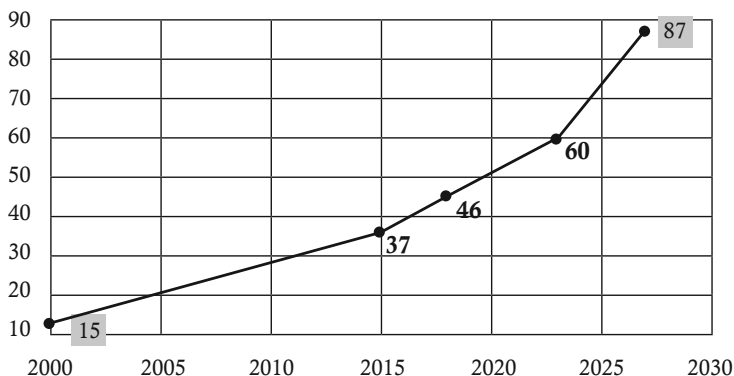
Ilustración 2 Incremento del grado de participación social en salud.



Fuente: Elaborado con base en Giménez y otros 2016.

Ilustración 3 Participación de la sociedad en la salud. Respuestas para 2015, 2018 y 2023, así como la ideal.

Participación



Las evaluaciones de participación (2015, 37/100) y las expectativas del 2018 (46/100) y el 2023 (60/100), permitirían hacer una extrapolación hacia el pasado, inicios del siglo (2000, 15/100), así como imaginar la fecha en que sería alcanzado el ideal 87/100, para el 2027.

Fuente: Elaborado con base en Giménez y otros 2016

por lo menos, polisémico. Con acepciones más fuertes y más ligeras de la misma noción. Así por descentralización se entendía desconcentración, delegación, devolución, privatización e incluso mayor cobertura de los servicios en relación a los usuarios.

Las personas entrevistadas son o fueron altos funcionarios del Estado y del sistema de salud; parlamentarios y profesionales. La clasificación de sus actitudes aportó información adicional. No todos los entrevistados tienen el mismo concepto y actitudes con relación a la descentralización, que constituye un cambio profundo en relación al concepto y a la práctica de la salud⁵. Hemos identificado cuatro *ejes* en los cuales se agrupan los entrevistados según sus actitudes, estos son diagnósticos de ocurrencia del proceso de participación y descentralización, posición teórica y política frente a la participación y descentralización, valoración de estos procesos e información sobre el sistema de salud.

Un eje *diagnóstico* distingue a quienes afirman que tuvo lugar un proceso de descentralización de aquellos que lo niegan. Los consejos de salud de los municipios y departamentos, y la ley de descentralización, han generado cambios: más autoridades y más protagonistas se ocupan más de la salud. Eso fue un cambio. Las unidades de salud familiar han logrado llegar hasta grandes contingentes de usuario que anteriormente no estaban asistidos. La desmentida de algunos encuestados expresa una falta de percepción de los cambios.

El eje de la *posición teórica* o política sobre la descentralización, como fue identificada, distingue entre quienes tienen una posición contraria a la descentralización (centralista, muy minoritaria) de quienes se colocan en una posición optimista, que es lo contrario, 'toda descentralización es buena'. En este último caso se trata de contraponer un *principal*, visto como autoritario o incluso colonial asunceño, contra un resto del país que serían *agentes* victimizados. Si los partidarios de la mayor descentralización ven el peso de los problemas en el principal (la administración central), en el otro caso la ven solo en el agente (el interior que no aplica las pautas correctas).

El eje *valoración* distingue entre quienes califican de positivo lo que se hizo en salud con la democracia y quienes lo consideran negativo. Los que consideraron como una forma buena de vida el mundo militarista y autoritario en una guerra fría mundial, donde prevalecían el orden, la disciplina,

5 Una concepción extremadamente convencional de la salud se reduce a la 'oferta', es favorable al hospital y sobre todo a la asistencia curativa. La alternativa es una salud centrada en los derechos y en la demanda. Es preventiva y propone diversidad de unidades sanitarias, desde las primarias hasta las de alta complejidad.

la autosuficiencia endogámica, la pobreza satisfecha y la sumisión a la autoridad. Y los otros que ven la democratización como un logro positivo.

El eje de *información* distingue aquellos que argumentan en base información que se detenta, por ejemplo las tasas de disminución de las muertes materno infantiles evitables, o el aumento de los partos asistidos, o el uso de los servicios de salud por una inmensa mayor parte de la población en relación al pasado; y los otros que tienen principios abstractos, sin confrontarlos con lo que tiene lugar. Esos ejes nos permiten hacer una tipología, o sea, agrupar las personas que responden entre tipos ideales siguientes, que no son puros, pero sí indicativos.

A un conjunto de personas las podemos agrupar en el tipo *pragmático*, conciliador. Afirman que hay descentralización, están medianamente a favor, evalúan en forma tolerante lo que se hace y demuestran estar informados, citan las leyes. Hay desconcentración y se espera que el proceso siga hacia adelante. La participación también puede tener lugar. Es la actitud de un grupo que no ejerce crítica ni se formula metas, simplemente sigue la corriente. A otro conjunto de personas podemos denominar *elogiosas*, afirman que hay descentralización y participación. Se caracterizan por ser personas favorables a lo que tenga lugar. Gente “sí señor”, sin crítica, que quieren estar bien con todos y no toman en cuenta las condiciones, o los sucesos. Simplemente quieren quedar bien con los demás para provecho propio. Repiten las normas vigentes, “se avanza en lograr una cobertura universal, eficiente y equitativa, pues es el logro de dichos objetivos y el mejoramiento sostenido de la salud de los paraguayos/as...”. No son un contingente importante.

Dos conjuntos diferentes de personas defienden la misma posición muy favorable a la descentralización, pero desde un relato diferente. Los *principistas* teóricos maximalistas, ‘más descentralización es mejor en todos los casos’, y los líderes *localistas* reclamadores, que solicitan más fondos y están regateándolos. Cuando más se pide, piensan, es mejor, porque más se podrá conseguir del gobierno central. Afirman que los agentes no tienen ascendencia y que lo que hizo por la participación no es institucional. Estos dos grupos dicen que ‘no hay descentralización’. En lo abstracto defienden la mayor descentralización o participación posible. Evalúan críticamente todo lo que tuvo lugar, se están haciendo las cosas mal. No prestan atención a los procesos desarrollados con la democratización. El aumento de los presupuestos, su transferencia desde el Gobierno Nacional hacia los sub-nacionales, y del Ministerio y los Hospitales hacia unidades des localizadas, o hacia entidades políticas (Consejos) y sociales (Unidades de Salud). No hay en ellos una instancia unitaria de la salud, una eva-

luación nacional, con propósitos comunes. Los problemas no están en los agentes, sino solo en el principal.

Otro conjunto de personas pueden denominarse *escépticos*. No se interesan ni creen que la descentralización será posible, ni piensan que ella tiene lugar. Están a favor de ella sin mucho interés. Conocen el terreno, saben lo que ocurre. Pero, a diferencia de los pragmáticos, se hacen pocas ilusiones. Tienen un diagnóstico negativo, pero ello no les molesta. “Que cada municipio y gobernación se encargue de sí mismo”. Y existe un conjunto de entrevistados que puede ser nombrado como *indiferentes*. No piensan que haya descentralización ni participación, “cero”, aunque la apoyen en principio. Están de acuerdo con lo que se haga, que no conocen. Tienen poca conducta ciudadana.

Dos grupos tienen en las dimensiones pertinentes posiciones semejantes, aunque sean portadores de narrativas diferentes. Uno de ellos está formado por los *autoritarios*, fuertemente adversarios de la descentralización y que no piensan en la participación. El otro está formado por *radicales* que consideran que todo el Estado y toda la salud están mal. Estos dos grupos no creen que haya descentralización, o que ella conlleve participación. Se posicionan en contra por diferentes razones. Unos por autoritarios. Consideran que el poder no debe compartirse. El otro porque considera que las municipalidades y gobernaciones tienen más defectos que el poder central en términos de integridad, clientelismo, etc. “Lo que se ha logrado trasladándole recursos a la municipalidad es que se robe más nomás”.

Un último grupo está formado por *desinformados*. Los entrevistados no tienen una posición, o no quieren expresarla. Están a favor de ella, pero no mucho. Piensan que hay cosas buenas que pasaron, pero no las reconocen. En las entrevistas, fueron casi un fracaso, salvo por el hecho que representa una realidad, un conjunto de personas. Por ejemplo, contestan las preguntas con otras preguntas: descentralizar es: “¿una forma de gestionar las políticas del Estado?”.

Reconocer el rostro contradictorio de los encuestados puede dar un dato más cálido de los procesos que tienen lugar y de la manera diferente como se piensan, viven, se valoran y reaccionan ante los procesos del desarrollo de la salud, las instituciones, los esfuerzos, los fracasos y los éxitos. Y además el hecho de que todo proceso de cambio, en este caso la participación en la salud, se formula en un escenario de múltiples intereses y conflictos, no solo es la materialización de buenas intenciones.

Discusión

Pese a las leyes, acuerdos y procesos, la descentralización se ha desarrollado en forma incipiente, según la evaluación de los protagonistas del sistema de salud pública. En efecto, a lo largo de casi dos décadas se evalúa escasa la transferencia de capacidades, competencias, recursos y responsabilidades. Aunque, en una perspectiva histórica, desde un punto de partida muy bajo y con la expectativa ideal tan alta, la tendencia sea vista como acelerada.

Predomina el modelo de concentración del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, y, en mucha menor medida, el de los gobiernos subnacionales. Los consejos de salud no deben haber logrado desempeñar ese rol de articulación, coordinación y participación previsto con la promulgación de la ley y en sus reglamentaciones. En esto, puede ser muy importante la falta de voluntad política y la restricción de recursos⁶ financieros, humanos y otros (Giménez, 2015).

La Declaración de Yakarta (1997) había formulado la tarea de participación y descentralización como global: Promover la responsabilidad social para la salud; incrementar la inversión para el desarrollo de la salud; consolidar y expandir la colaboración para la salud; aumentar la capacidad comunitaria y empoderar al individuo; consolidar una infraestructura para la promoción de la salud, un proceso que supone cambios globales. Una ciudadanía empoderada, una mayor inversión, aumentar la colaboración y capacidad de acción colectiva (capital social), construir una infraestructura. No implica simplemente hacer nuevas leyes, sino cambiar la sociedad. Pero, ¿cuáles son las implicancias de este incipiente grado de participación social en cuestiones relevantes para el sistema de salud?

Uno de los fines de la participación social es la *democratización* del sistema de salud (OPS, 2007). Esta es una de las expresiones de un Estado democrático y a la vez un componente social que construye y fortalece la democracia a través de un conjunto de acciones de los ciudadanos organizados. Esta situación tiene una implicancia directa sobre el ejercicio efectivo del derecho a la salud, reconocido por el Estado, y que va más allá del derecho de estar sanos, que implica acciones deliberadas de los gobiernos para contar con la disponibilidad suficiente de servicios, accesibles, asequibles, aceptables y con la calidad necesaria. La garantía de este cumplimiento se relaciona con la efectividad de los mecanismos de exigibilidad de su cumplimiento. La participación social es fundamental para lograr la vigencia

6 Si los gobiernos locales tienen un 6,6% del presupuesto nacional, y, si el gobierno nacional tiene un 13,5% del PIB, es claro que sus recursos son pequeños y eso afecta todo el proceso de descentralización y participación (Nickson, 2016:13).

de estos postulados (Giménez, 2015). Una medida del cumplimiento de esta finalidad es una valoración global del grado de participación social.

Otro de los fines de la participación es la *equidad*, un objetivo intrínseco de todo sistema de salud (OMS, 2000). Las desigualdades sanitarias pueden corregirse en la medida que exista una demanda social organizada a través de un mayor margen para la participación social en torno a los servicios de salud (OMS, 2008). El sistema de salud paraguayo se caracteriza por su segmentación, fragmentación y exclusión social, que se traduce en una gran cantidad de personas que no consultan ante una necesidad de atención, que no están cubiertas por un seguro médico social o privado que los proteja contra gastos catastróficos y por el alto gasto de bolsillo para recibir atención médica (Giménez, 2013) (OPS, 2016). La débil participación social compromete seriamente la efectividad de las políticas sociales y sanitarias tendientes a reducir las inequidades existentes.

Se espera que influya en el aumento de la *cobertura de salud* que se da, entre otras razones, mediante una presión social sostenida que demanda más acceso y cobertura (Savedoff, 2012). La cobertura universal de la salud es uno de los desafíos más importantes para la salud pública global y nacional (OMS, 2008, 2010, 2013) y ha sido incluida de manera explícita en el objetivo 3, entre los objetivos de desarrollo sostenible (ONU, 2015). La participación también ha sido identificada como un componente importante entre las estrategias regionales para alcanzar el acceso y la cobertura universal de la salud (OPS, 2014). Este desafío también ha sido expresado de manera explícita en las últimas políticas nacionales de salud (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2008 y 2015).

La participación social del sistema de salud puede tematizar mejor las necesidades de las comunidades locales (OPS, 2007) y que con ello se mejore la efectividad y el acceso (OMS, 2008). Este aspecto se ha evaluado mediante la pregunta: ¿Cuál es el grado de la participación social para establecer prioridades, para planificar y organizar los servicios de salud? La resultante de esta respuesta señala que la participación se da en bajo grado sobre estas funciones, también apenas incipiente.

También se espera que la participación social pueda aportar a la mejoría de la *calidad* de la atención que puede darse desde la evaluación de la percepción de la calidad de atención, la participación como aval y hasta en cierta medida en la toma de decisiones (Nigenda, 2013). En el caso paraguayo, se concluye que en la actualidad la participación social influye poco en la mejora de la calidad de los servicios de salud en los distintos establecimientos: hospitales, centros de salud y unidades de salud de la familia. Por mucho tiempo, se ha puesto énfasis en el discurso que los hospitales públicos y

otros establecimientos debían ser utilizados preferentemente por pobres y que la focalización sobre las personas con escasos recursos, para acceder al sistema público, era necesaria para su sostenibilidad (Banco Mundial, 2005). La experiencia ha demostrado que el discurso de un sistema para pobres ha creado un pobre sistema sanitario. Sólo recientemente este libreto ha cambiado y ha sido expresado en las políticas nacionales mediante la declaración y el enunciado de la universalidad como principio que rige el sistema.

La participación social es clave para aumentar la *transparencia* en el uso de recursos, y que las autoridades rindan cuentas sobre los resultados administrativos y sanitarios. En la última década varios países en América Latina han implementado diferentes mecanismos de acceso a información pública (CIDH, 2015), y cada vez es más frecuente que las autoridades de diferentes instituciones realicen rendiciones de cuentas bajo distintas modalidades. También en este campo la participación social en torno a los servicios de salud es vista como incipiente, pero los propios actores anticipan que en este componente puede haber cambios sustanciales hacia una mayor participación. El desafío está en implementar los mecanismos más adecuados para este propósito.

Estos resultados hay que contrastarlos con algunos hechos que son más alentadores. Por ejemplo, a partir del 2008 se ha producido un incremento sostenido en la conformación de consejos de salud en todos los distritos del país, lo que ha generado una movilización social en torno a la salud. Durante el mismo periodo, las comunidades se han movilizado para participar en planes locales y regionales de salud. El gobierno ha creado una Dirección General de Descentralización, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, para impulsar la creación de nuevos consejos y fortalecer su funcionamiento, y un Fondo de Equidad para la Descentralización en salud, que se transfiere periódicamente a los consejos para su administración, con el fin de apoyar la mejora de los servicios locales de salud (Giménez, 2012).

Todos estos avances pueden constituirse en las bases de un proceso más amplio y transformador, donde los consejos de salud se constituyan en un espacio de participación social amplio y de articulación intersectorial, donde se instale un debate social y sanitario capaz de movilizar a la sociedad para definir e implementar una agenda pública, social, política y económica para hacer efectivo del derecho a la salud, el acceso y la cobertura universal para todos los habitantes de la República y el desarrollo de una visión preventiva y no solo curativa.

Bibliografía

- Bossert, Thomas. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. En *Social Science & Medicine*. Vol. 47, No. 10, pp. 1513±1527, 1998.
- Bossert, Thomas. (2000). *Methodological Guidelines for Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America*. Harvard School of Public Health, Data for Decision Making (DDM).
- OMS (1997). *Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI siècle*. OMS; Ministère de la Santé, Jakarta: République de L'Indonésie. 1997. [https:// www.msssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm](https://www.msssi.gov.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/yakarta.htm)
- Giménez E., Rodríguez J.C., Peralta N. (2016). Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2016;14(3):44-51.
- Giménez E. (2012). *Notas sobre la descentralización en el sector salud del Paraguay*. Instituto Desarrollo Asunción. Disponible en: <http://www.desarrollo.org.py/publicacion.php?id=85>
- Giménez, E. (2013). *Hacia un sistema de Salud con Garantías*. Notas para nuevas políticas en salud en Paraguay. Instituto Desarrollo / Higea Salud Paraguay.
- MSPBS Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2010). *Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad 2008-2013*.
- MSPBS Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Resolución (2017). *Manual de funciones para Unidades de Salud de la Familia*, Resolución S.G. N° 175, del 7 de abril del 2016. Recuperada en marzo del 2017 en <http://www.mspbs.gov.py/rige-manual-de-funciones-para-las-unidades-de-salud-de-la-familia/>
- MSPBS Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015). *Resolución 612/2015. Política Nacional de Salud 2015-2030*.
- Murray, Christopher y Frenk, Julio. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6): 717–731.
- Nickson, Andrew (2016). *El gobierno local en Paraguay, un análisis comparativo a través de diez elementos*. ID, AJUMPA, Asunción, Paraguay.
- Nigenda G., Juárez C., Ruiz J., Herrera C. (2013). Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. En *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):44-51. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/07>
- OEA CIDH (2015). *El derecho al acceso a la información pública en las Américas: entidades especializadas para la supervisión y cumplimiento*. Disponible en: [http:// www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/informes/acceso/Informe%20Tem%C3%A1tico%20Acceso%20a%20la%20informaci%C3%B3n%20p%C3%BAblica%202014.pdf](http://www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/informes/acceso/Informe%20Tem%C3%A1tico%20Acceso%20a%20la%20informaci%C3%B3n%20p%C3%BAblica%202014.pdf)
- OMS Organización Mundial de la Salud. (2008). *La atención primaria de salud más necesaria que nunca*. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2008. Serie de informes técnicos: clasificación NLM: W 84.6 ISBN 978 92 4 336373 2.

- OMS Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de Salud. Asociación Canadiense de Salud Pública. Canadá 1986.
- OPS Organización Panamericana de la Salud (2015). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53. O CONSEJO DIRECTIVO 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.
- OPS Organización Panamericana de la Salud. (2007). La renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas. Documento de Posición. Renewing Primary Health Care in the Americas. Edition ISBN 92 75 12698 4.
- OPS Organización Panamericana de la Salud (1998). La salud en las Américas. Washington D.C. 1998. https://books.google.com.py/books?id=TBeDH_JzAv0C&pg=PA207&lpg=PA207&dq=ops+la+salud+en+las+americas+1998&source=bl&ots=YzG1jfyOY&sig=tvMMq6z02DfPr3hG0pbknfbh40I&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj0_bbB45TSAhWCFpAKHWMsC_IQ6AEIStAJ#v=onepage&q=ops%20la%20salud%20en%20las%20americas%201998&f=false
- OPS; OMS (1994). Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud en los sistemas locales de salud. Washington D.C: OPS; OMS; 1994.
- OPS, Organización Panamericana de la Salud (2008). Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington D.C. 2008.
- Paraguay. (1992). Constitución Nacional... Disponible en: <http://jme.gov.py/transito/leyes/cn1992.html1>. [Links]
- Paraguay (1996). Ley 1032/96 del Sistema Nacional de Salud.
- Paraguay. Decreto N° 22.385/98. Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Consejo Nacional de Salud y los consejos regionales y locales de salud. Recuperado en Enero 2017 en http://www.cird.org.py/salud/docs/Decreto_22385.pdf.
- Paraguay. (1998) Decreto N° 19.966 Por el Cual se Reglamenta la Descentralización Sanitaria Local. La Participación Ciudadana y la Autogestión en Salud, como Estrategias para el Desarrollo del Sistema Nacional de Salud Ley N° 1032/96. http://www.opaci.org.py/index.php?option=com_remository&Itemid=26&func=fileinfo&id=271
- Paraguay. (2010). Ley 3966/10 Orgánica Municipal... Recuperado en junio 2016, Disponible en: <http://www.matus-dubarry.com/v2/index.php/leyes/187-ley-396610-organica-municipal3>. . [Links]
- Paraguay. (1992). Ley N° 426/92. Carta orgánica del Gobierno Departamental. Recuperada en junio 2016, Disponible en: http://pdba.georgetown.edu/Decen/Paraguay/py_ley426.pdf2. [Links]
- Pineda Granados, Francy (2014) Y. La Participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. Monitoreo Estratégico Número 6, Julio diciembre 2014. Recuperado en enero 2017 en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>
- PNUD, CIDEAL, Informe sobre desarrollo humano. Madrid. 1993.

- Sanabria Ramos, Gisela (2004). Participación social en el campo de la salud, *Rev. Cubana Salud Public* 2004; 30 (3) Recuperada en enero 2017 en: [http:// www.bvs.sld.cu/ revistas/ spu/ vol30_3_04/ spu05304.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu05304.htm)
- Wallerstein, N. Power between evaluator and community: research relationship within New Mexico's healthier communities. *Social Science of Medicine*. 1999; 49 (1): 39-53.
- OMS (1997) Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Recuperado en enero de 2017 en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/ descargas/ dgps/ documentos/ doc_inter/declaracion_de_yakarta_97.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/declaracion_de_yakarta_97.pdf)