

Rectoría y gobernanza: dimensiones estructurantes para la implementación de Políticas de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, 2008-2017

Stewardship and governance: structuring dimensions for Implementation Primary Health Care Policies in Paraguay, 2008-2017

María Stella Cabral-Bejarano ¹

Gustavo Nigenda ²

Armando Arredondo ³

Eleonor Conill ⁴

Abstract *This study analyzes the conduction patterns of implementing Primary Health Care (PHC) in Paraguay in three government periods (2008-2012, 2012-2013 and 2013-2017) and three management levels (national, regional and local). This is a qualitative study based on grounded theory. A priori categories on PHC stewardship and governance in Paraguay were analyzed. An open-ended questionnaire was applied to a sample of social, political and technical stakeholders: ministers, coordinators, managers, consultants, and international organizations' experts. Data were processed combining the use of Atlas Ti software and sorting findings in a structured Excel matrix. Gaps in leadership, regulatory mechanisms, technical capacities for health planning and management and financial implementation methods have affected PHC continuous expansion and strengthening process. The findings show limitations and possibilities for the implementation of this health policy in Paraguay, evidencing the need for greater qualification of management and political stability in its conduction.*

Key words *Stewardship, Governance, Health, Primary Health Care, Paraguay*

Resumen *Este estudio analiza las modalidades de conducción en la implementación de la Atención Primaria de Salud (APS) en Paraguay en tres periodos gubernamentales (2008 -2012, 2012 - 2013 y 2013 - 2017) y en tres niveles de gestión (nacional, regional y local). La metodología se basó en el análisis de categorías a priori seleccionadas sobre dimensiones y sub-dimensiones de la Rectoría y gobernanza de esta política pública, con enfoque cualitativo, basada en la teoría fundamentada. Un cuestionario de preguntas abiertas fue dirigido a una muestra de actores sociales, políticos y técnicos: ministros, coordinadores, gerentes, asesores y expertos de organismos internacionales. El procesamiento de los datos se realizó combinando la utilización del software Atlas Ti, complementada con el ordenamiento de hallazgos en una matriz estructurada en Excel. Diferencias de liderazgo, mecanismos regulatorios, capacidades técnicas para la planificación y gestión sanitaria, y modalidades de ejecución financiera han afectado la continuidad de los procesos necesarios para el incremento y fortalecimiento de la APS. Los hallazgos demuestran los límites y posibilidades de implementación de esta política de salud en Paraguay, demostrando la necesidad de mayor cualificación de la gestión y estabilidad política en su conducción.*

Palabras clave *Rectoría, Gobernanza, Salud, Atención Primaria, Paraguay*

¹Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, Centro de Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud, Universidad Católica Ntra. Sra. de la Asunción. Olegario Andrade 3078, LA Herrera. Asunción Paraguay. cabralbejarano.mariastella@gmail.com

²Partners in Health. Boston MA EUA.

³Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública de México. México DF México.

⁴Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis SC Brasil.

Introducción

La ampliación de libertades en contextos democráticos, y el acceso a la información a través de las nuevas tecnologías ha incrementado la participación y expectativas de la sociedad sobre sus autoridades sanitarias, incluyendo al público interno de salud (profesionales y personal de salud). Esta configuración expone y visibiliza las modalidades de conducción y capacidades de rectoría de directivos responsables de la gestión y puesta en marcha de políticas públicas sanitarias. Este estudio propone el análisis de la rectoría y gobernanza de la Atención Primaria de Salud.

Paraguay es una república unitaria y descentralizada, con una división política y administrativa organizada en 17 departamentos y 18 regiones sanitarias, incluida la capital Asunción y 249 municipios. La población total 2017, estimada a partir del último Censo Nacional de 2012, fue de 7.112.594 habitantes. El 59% habla de preferencia el idioma alternativo originario, el guaraní en el hogar, la tasa de analfabetismo es del 5,2%, La esperanza de vida media en mujeres es de 75,12 años y varones 70,83. El gasto *per capita* en salud es uno de los menores de la región, con 461 US\$ en relación al Producto Interno Bruto (PIB), considerando el promedio en América Latina que asciende a 718 US\$ per cápita. Los partos institucionales han ascendido al 97%. El índice de Desarrollo Humano (IDH), ocupa el lugar 110 (0,693) y el índice de Gini posiciona al país en el lugar número 48, 3, aunque Paraguay dejó de figurar entre los países más inequitativos de América Latina¹⁻⁵.

El sistema de salud paraguayo está inserto en un modelo macroeconómico de mercado, caracterizado por alta segmentación y fragmentación, débil articulación y coordinación entre subsectores, con ajustes organizacionales al sistema que se han ido incorporando a través de reglamentaciones a la ley 1032/96, en los últimos 22 años. La seguridad social cubre alrededor del 17% de ciudadanos, considerado el más bajo de la región, y el subsistema privado no sobrepasa el 7%^{6,7}.

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), desarrolla simultáneamente funciones de rectoría, provisión de servicios y financiamiento, y asume la responsabilidad de garantizar la salud al 100 % de la población, con cobertura real cercana al 65% de ciudadanos, a través de una red integrada de servicios, organizada por niveles de atención y complejidad, con procesos de descentralización asimétricos, y tendencia actual a la centralización⁸⁻¹⁰.

En 2008, se incorpora un modelo de atención basado en unidades y equipos de salud de la familia (USF) (ESF), que se integran en el nivel local para brindar respuesta inmediata y resolución de problemas y necesidades de salud a personas, familias y comunidades, en territorios sociales definidos, promoviendo la co-responsabilidad y gestión de acciones intersectoriales orientados a garantizar la continuidad del cuidado, promoviendo la funcionalidad, integralidad e integración de redes de servicios existentes, mejorando las condiciones y entornos habilitantes, la organización y la integración de programas horizontales de alto impacto sanitario^{11,12}.

El objetivo primordial del estudio es analizar las influencias que ejercen las modalidades de conducción, en el proceso de implementación del modelo de Atención Primaria de Salud renovada, en el marco de cambios de gobierno en los últimos 9 años, a través de una aproximación sistémica a los diferentes problemas que emergen en escenarios de inestabilidad política, que influyen e impactan en los resultados de salud^{13,14}.

Marco Conceptual

La complejidad e interdependencia de variables políticas, económicas y sociales, subyacen e influyen en las modalidades de conducción y condicionan el curso de implementación de las políticas públicas de salud y la capacidad de resolver problemas y necesidades relacionadas a los determinantes sociales de salud. El caso de la APS requiere un perfil de conducción que conjugue en la medida justa el liderazgo técnico y político de la autoridad sanitaria, ejerciendo el rol rector en representación del gobierno, pero a su vez integrado a un cuerpo de gobernanza capaz de generar sinergia para la innovación de la gestión, la organización, la inclusión de normas formales e informales, respetando principios y marcos regulatorios, administrativos y jurídicos inherentes al ámbito público^{15,16}.

La gobernanza plantea una reconfiguración del perfil de la autoridad sanitaria, y busca reajustar los medios para lograr objetivos y resultados políticos acordados, añadiendo profesionalismo, nuevo pacto social orientado al servicio del interés público, equilibrio entre eficiencia y equidad y sus consecuencias en materia de adopción de decisiones, en el marco del nuevo esquema de relaciones entre gobierno y sociedad, entendido como buen gobierno^{17,18}.

En un contexto democrático, la gobernanza es considerada una función sistémica, capaz de facilitar la adaptación y los vínculos entre el Estado y la sociedad civil, la administración pública y las organizaciones, instituciones, y ciudadanía, a través de ejercicios y dinámicas de integración que acrecienten progresivamente la cohesión entre niveles superiores e inferiores en equilibrio con prácticas culturales, apertura a la aplicación de nuevos métodos, instrumentos, dispositivos de planificación y sistemas de información, con el propósito de incidir más allá del ámbito sanitario, proyectando la modificación del entorno social para la efectiva protección de un derecho instituido¹⁹.

Es posible diferenciar los discursos globalizantes que promueven las relaciones de mercado en los sistemas, clarificar ambigüedades y rescatar en el ámbito sanitario un modelo eficaz, orientado a resolver conflictos en escenarios de grandes asimetrías de poder, donde la gobernabilidad puede impactar en la equidad y la sostenibilidad de políticas distributivas igualitarias. Esta concepción origina la noción de una gobernanza reflexiva, que reposiciona la figura del Estado, responsable de la igualdad de condiciones económicas y sociales, para equilibrar las fuerzas y el poder en la toma de decisiones²⁰.

Las competencias sustantivas para la conducción de la APS, se proyectan en la vertiente sanitaria e intersectorial, considerando nuevos mecanismos de coordinación, nuevas estrategias, diferentes criterios de desempeño, basados en valores, actitudes socio afectivas, intuición política, idoneidad, capacidad negociadora para enfrentar grados de resistencia y nodos de conflicto^{21,22}.

Los efectos de la gobernabilidad dependen del equilibrio dinámico entre estilos de gobierno y capacidad e inteligencia social para alcanzar respuestas gubernamentales en los diferentes niveles. Existe gobernabilidad, cuando se institucionalizan los espacios para que la ciudadanía a través de las organizaciones interactúen con las instancias gubernamentales, ejerzan sus derechos civiles y políticos, y perciban incentivos democráticos que protejan a grupos de población en escenarios de inequidad o de errores políticos²³.

En países con claras desigualdades socioeconómicas, las brechas digitales y el acceso a la información impactan en la transparencia y la eficacia de la función pública. La *e-governance* constituye un eslabón esencial para fortalecer las capacidades y participación ciudadana en los procesos de toma de decisiones²⁴.

En el contexto de la APS, la modalidad de conducción considerada sostenible debe superar

el tradicional esquema jerárquico utilizando el capital social, con modalidades de cooperación y estilos de trabajo flexibles. También requiere la creación de espacios participativos, evaluaciones por pares y autoevaluaciones, además de considerar las expectativas de los actores, la corresponsabilidad entre la sociedad civil y los poderes públicos. Necesita adaptar a los cambios de estructuras, procedimientos gerenciales y comportamiento del poder, el adecuado manejo de conflictos emergentes, entendida y respaldada por el liderazgo de la función pública y política²⁵⁻²⁷.

La interdependencia entre política, gobernabilidad y resultados de salud tiene gran relevancia por sus efectos en el fortalecimiento de la institucionalidad, cuando las instancias del gobierno, la gestión y los actores de la sociedad civil logran operar juntos. Por ello la buena gobernanza se corresponde con la dinámica de las redes de políticas, en un marco de responsabilidad en el ejercicio de la acción pública, donde se reconoce el predominio del compromiso social y económico que va generando un equilibrio y el manejo de un código de valores^{28,29}.

Las perspectivas teóricas revisadas sirven de apoyo para comprender las modalidades de conducción sanitaria, vinculándose a las preguntas de investigación, contribuyendo con ideas originadas en los hallazgos para la construcción de esta política pública.

Métodos

Estudio cualitativo basado en la teoría fundamentada de Glasser & Strauss³⁰. Esta metodología utiliza la interpretación de textos y discursos para aproximar el conocimiento de la implementación de la política de APS en Paraguay, en tres periodos de gobierno (2008 – 2012, 2012 – 2013, 2013 – 2017). El muestreo incluyó 24 actores clave, que ejercieron roles de conducción, gerencia y asesoría técnica en APS, fueron incluidos también académicos, expertos y consultores de organismos internacionales, seleccionados por conveniencia según perfil profesional, experiencia y conocimiento en la implementación de esta política pública, procedentes del nivel nacional, regional y local. Se confeccionó una matriz de identificación de actores clave, con información completa, estratificando la muestra seleccionada según instituciones ((públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil), niveles de atención, y periodo de gobierno. Se ha recolectado, analizado y conceptualizado los aportes de los entrevistados, entre 2015 y 2017.

Las categorías de análisis exploradas incluyeron, el conocimiento y alcances de la función de rectoría sanitaria, la interpretación de las modalidades de gobernanza, los mecanismos de selección de directivos de gobierno y existencia de instrumentos de evaluación. También las capacidades y habilidades técnicas, aspectos regulatorios y de gestión financiera, factores, mecanismos e interacciones que facilitan u obstaculizan la gobernabilidad, cohesión social, consolidación de logros intersectoriales, coordinación efectiva de redes de personas e instituciones, para alcanzar resultados en el marco de esta política. El Cuadro 1 muestra la sistematización de esas categorías, especificando dimensiones y sub-dimensiones.

El procesamiento de los datos inicio con la elaboración de una lista de esas categorías agregando otras emergentes, seleccionando fragmentos discursivos significativos, organizándolos por dimensiones, subdimensiones, conceptos y constructos, generando jerarquías y especificaciones. Fue necesario proceder a una interpretación de los procesos de conducción referidos en torno a la rectoría y gobernanza de la APS, integrando hallazgos, contexto, conocimiento previo y la experiencia en ese campo. La generación de salidas se realizó a través del software Atlas ti, y una matriz en Excel complementaria para el ordenamiento y análisis sistemático de las categorías. Los resultados están organizados a partir de los mensajes clave obtenidos de las entrevistas, en segmentos seleccionados según códigos a priori y algunos de los códigos emergentes. Se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas, consentimiento informado, confidencialidad, anonimato y participación voluntaria.

Resultados

Conocimientos acerca de las funciones de Rectoría y Gobernanza

La interpretación del concepto y funciones de rectoría sanitaria ha sido diversa, predominando la noción estructurada de conducción establecida por organismos internacionales³¹, vinculada al diseño de políticas públicas, y ejercicio de la administración sanitaria, formulación de planes, programas y proyectos, la provisión de servicios, o la aplicación de leyes y reglamentos e implementación de normativas. Algunos actores afirmaron que la rectoría se pone a prueba a través de la capacidad de respuesta ante eventos o enfermedades de impacto colectivo, a la capacidad

de convocatoria y participación efectiva de la comunidad para la gestión social de la salud, la aplicación continua y coherente de estrategias de promoción de la salud, el ejercicio del rol de habilitadores de innovaciones sociales e impulsores de superación de barreras burocráticas, que permitan instalar efectivamente cambios y transformaciones.

Se ha vinculado “gobernanza” a la integración y participación de referentes de diferentes instituciones en procesos de decisión conjunta, en espacios e instancias de participación formales, dando como ejemplo el Consejo Nacional, los Consejos Regionales y Locales de Salud. Algunos relacionaron este concepto al ejercicio público de funciones en representación del Estado, y otros han demostrado desconocimiento y dificultades para comprender su significado.

Selección de los cargos de conducción en el sector público

Hubo consenso en afirmar que en algunas instituciones se realizan los concursos de méritos y aptitudes, aunque en la mayoría de los casos la designación para el ejercicio de cargos de conducción se basa en la confianza, donde frecuentemente las competencias no están acordes a los retos y responsabilidades. Es excepcional la selección basada en habilidades y liderazgo originadas en una sólida formación académica, o el respeto a una carrera administrativa pública que otorga capacidades de conducción.

En los tres periodos de gobierno, se ha incorporado el concurso para los niveles operativos, pero no para los niveles directivos (Profesional nivel regional. 1er.p.).

Tanto la selección de ministros, como la selección de los cuadros directivos, históricamente responden a la designación del Poder Ejecutivo (Ex ministro).

Los ministros en ejercicio, se rodean de personas que acompañaran su visión no siempre basado en la idoneidad (Gerente nivel central, 3er p.).

Existencia de instrumentos de evaluación de desempeño de directivos

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

...Indirectamente se evalúa a los cuadros directivos, a través de encuestas de opinión a la ciudadanía, en otros casos se intenta medir el desempeño a

Cuadro 1. Categorías de análisis: dimensiones y subdimensiones de Rectoría y Gobernanza de APS – Paraguay.

Temas	Categorías de análisis	Dimensiones	Sub-dimensiones	Conceptos Operacionales
RECTORIA	Competencias	Capacidad Política	Planeación y formulación de políticas	Existencia de agenda política sanitaria y planes estratégicos,
			Capacidad regulatoria y legislativa sectorial	Capacidad de formular nuevas leyes, reglamentos y normas de aplicación nacional, regional y municipal.
			Capacidad de gestión financiera en la APS	Fuentes y flujos financieros, circuitos de transferencia, distribución de recursos (capacidad instalada, dotación y brechas de recursos humanos, abastecimiento sostenible de medicamentos e insumos).
		Capacidad operativa	Funciones de rectoría	Empoderamiento de las funciones de Rectoría Sanitaria. Apertura a la Gobernanza como nuevo pacto social
			Sistema de Salud	Conocimientos sobre Sistema de Salud Paraguay y sus reformas recientes
			Estrategia de APS	Conocimiento de la estrategia de APS: definición e interpretación actual
		Capacidad operativa	RIISS	Cumplimiento de procesos de organización y estructuración de las RIISS, a través de las líneas de coordinación
			USFs	Inserción efectiva y organización de USFs en las redes locales, a través de un tablero de comando
			RRHH - APS	Equilibrio, dotación según brechas, identificación de mecanismos de protección financiera, amplitud de contratación de agentes comunitarios y disciplinas prioritarias y su capacitación
		Habilidad directiva	Formación y liderazgo	Formación de los directivos en administración y gobierno en salud, tipo de selección del personal directivo, régimen laboral y salarial de directivos.
	Empoderamiento y Responsabilidad			
	Principios y Valores	Transparencia	Enfoque de derechos	Existencia de mecanismos, espacios e indicadores de gestión transparente con accesibilidad facilitada a todos los estratos de la sociedad y opinión pública – Transparencia en el manejo de la información
			Voz y rendición de cuentas	
			Lucha anticorrupción	
Ética Política				
GOBERNANZA	Co-conducción	Mecanismos de Coordinación	Mecanismos de coordinación Estado, Sector Privado, Tercer sector, Organizaciones Comunitarias	
		Áreas de influencia	Influencia en formulación de políticas, planes y decisiones administrativas	
			Influencia en producción de servicios y financiamiento	
	Participación Intersectorial	Participación en procesos de toma de decisiones, regulación y rendición de cuentas	Niveles de participación e influencia en la toma de decisiones en salud	
			Conocimiento y manejo de cambios jurídicos y mecanismos de regulación	
		Conocimiento y uso de mecanismos de transparencia y rendición de cuentas		
Participación en procesos de ASIS y gestión social	Contribución en dinámicas de desarrollo y fortalecimiento de procesos de gestión social y del ambiente, Descentralización y análisis de situación de salud			

Fuente: Elaboración propia.

través de ponderaciones numéricas, que no reflejan la realidad (Experto, 2do p.).

Dispositivos regulatorios

En los tres periodos de gobierno, la aplicación de instrumentos regulatorios en el primer nivel de atención, fue débil, tanto en las actividades centrales como en las periféricas. El déficit de evaluación técnica específica y análisis sistémico, se confunden con dispositivos de fiscalización y realización de auditorías puntuales, que impiden una visión de conjunto de los límites de funcionalidad de las micro redes locales donde se insertan las USFs. No se logran ajustes sostenidos, pese a la disponibilidad de normas, manuales, protocolos y guías, y otras herramientas operativas, consideradas como una fortaleza e indicadoras de rectoría.

...Existe percepción que las medidas regulatorias y correctivas se instalan una vez detectados los problemas de gestión, y responden a reclamos, a los que sigue una espera pasiva de la respuesta (Consultor, Org. Internac. 3er p.).

Actividades evaluativas

En la primera etapa, evaluaciones externas permitieron una aproximación al diagnóstico macro de procesos en marcha, postergando el diseño de instrumentos para la evaluación sistemática de esta nueva política pública. Se atribuyó a los cortos periodos de tiempo entre gobiernos, la utilización de los habituales indicadores utilizados en controles de gestión de redes de servicios y programas de salud, considerados inadecuados debido a la necesidad de identificar nuevos indicadores trazadores de desempeño que reflejen la inserción y funcionalidad específica de la atención primaria de salud.

...Es relevante el control social, cuando no existen otros medios para detectar los déficits institucionales que impiden a potenciales beneficiarios, organizarse adecuadamente y acceder al beneficio que les corresponde (Ex ministro).

Modelo de financiamiento y fuentes sostenibles de recursos

La proyección anual de fondos concebida al inicio de la primera etapa de implementación de la APS renovada, planteaba el incremento anual de 200 USFs por año. En las dos últimas rotaciones de gobierno, las restricciones financieras han demostrado el desplazamiento de la APS como

prioridad política, reflejada en la discontinuidad de instalación y funcionalidad de nuevas unidades de salud de la familia, alcanzando en 9 años menos del 40 % de la cobertura esperada.

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

...No se realizan procesos de adquisición independiente, estos están inmersos en los procesos generales de adquisición del Ministerio de Salud, a su vez relacionado con la compleja organización y flujo financiero del Ministerio de Hacienda, lo cual afecta el acceso oportuno a recursos primordiales. El flujo de remuneración del personal y profesionales de APS sigue su curso normal, salarios acreditados en cuenta. El flujo financiero para adquisición de medicamentos e insumos, se gestiona a gran escala.....existen dificultades para definir con claridad la ejecución de fondos asignados... (Gerente. 2do periodo de gobierno).

Calidad de los cuadros técnicos

Se ha visto afectada con la sucesiva rotación de gobiernos, así como la continuidad de formación de directivos y sus competencias para ejercer la rectoría sanitaria, reflejada en el desempeño, los estilos de comunicación, la modalidad de relacionamiento entre pares, negociación y resolución de conflictos, el conocimiento integral de las dimensiones objeto de conducción.

El Cuadro 2 sintetiza los resultados, mostrando las dimensiones y sub-dimensiones de rectoría y gobernanza en cada periodo de gobierno.

Discusión

El análisis de las capacidades de conducción y construcción de gobernanza en el transcurso de implementación de la política de Atención Primaria de Salud renovada, demuestra la fuerte vinculación existente entre procesos políticos y resultados de salud. Los sucesivos cambios de gobierno en escenarios de inestabilidad política han puesto a prueba la capacidad rectora, y otras múltiples variables, viéndose comprometida la autonomía, el protagonismo de actores políticos y de la sociedad civil y la sostenibilidad financiera^{32,33}.

El recambio sucesivo de gerentes, cuadros técnicos y personal operativo ha impactado en la gobernabilidad, afectando la continuidad de logros intersectoriales, procesos de coordinación

Cuadro 2. Dimensiones y subdimensiones de Rectoría y Gobernanza de APS en tres periodos de gobierno. Paraguay, 2008 – 2017.

DIMENSIONES	SUB-DIMENSIONES	1ER. PERIODO 2008 - 2012	2DO.PERIODO 2012 - 2013	3ER. PERIODO 2013 - 2017	OBSERVACIONES
RECTORIA Y GOBERNANZA DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD GOBERNANZA, GOBERNABILIDAD Y BUEN GOBIERNO	Conocimiento y alcances del termino rectoría	Incorporación de la perspectiva social a las demás funciones y roles	Función normativa y de provisión de servicios de salud tradicional	Cumplimiento de Normas, Reglamentos y Leyes	Coexisten modalidades rígidas de conducción, apego a normas rigurosas, disminuye integración de nuevos actores, paraliza equipos de trabajo, aleja organizaciones, fragmenta la prestación de servicios.
	Reinterpretación del concepto de Rectoría	Agrega cohesión social y alinea políticas de gobierno y de desarrollo	Supera barreras burocráticas, facilita vertebración entre niveles superiores e inferiores	Incorpora ajustes y adaptaciones a los cambios e innovaciones organizacionales	La función rectora debe ampliar sus alcances, incorporar innovaciones organizacionales, adaptabilidad, agilidad, liderazgo, especialización, debe promover gobernabilidad, ejercer rol ordenador y articulador de actores, instituciones y organizaciones.
	Mecanismos de selección de directivos de gobierno	Cargos de confianza, traslado de expertos de otras secretarías de gobierno	No responden a méritos, se mantienen algunos directivos	Rotación global de RRHH, directivos y técnicos de todas las instancias sanitarias	Solo en algunos casos, el perfil de RRHH, se caracteriza por aptitud, idoneidad, liderazgo, formación, habilidades y capacidades de conducción.
	Existencia de instrumentos de evaluación de directivos	Se los evalúa por los resultados de gestión y a los ministros los evalúa el ejecutivo.	No existen instrumentos de evaluación de capacidades y habilidades directivas, si de mandos medios	Se mide nivel de popularidad como sinónimo de aceptación de la gestión	En general se los evalúa por los resultados de gestión, a través de encuestas de opinión a la ciudadanía (procesos exitosos, cohesión de cuadros directivos)
	Nivel de consenso logrado	Alto	Mediano	Bajo	Equilibrio de la autoridad, legitimación de valores y normas sociales
	Modelo (Opción de conducción política)	Modelo sinérgico	Mixto	Modelo Jerárquico	La cooperación basada en la confianza es más eficaz que la basada en la autoridad
	Participación de diversidad de actores: Intersectorialidad	Redes decisionales mixtas	Mediana	Débil	Multiplidad de mecanismos e iniciativas para la participación directa de las sociedad y de las comunidades en la gestión de las políticas públicas
	Percepción de la sociedad y gobernabilidad	Equilibrio de la autoridad, legitimación de valores y normas sociales	Transición, tendencia a la centralización	Gestión centralizada, burocrática,	Buen gobierno: Misión de guiar en el marco de un desarrollo integral y sostenible las metas y objetivos primordiales de salud, calidad de vida y bienestar
	Planificación e Implementación de Políticas	Fortalecimiento de actores estratégicos vs Debilidad de procesos evaluativos	Tiempos políticos y técnicos insuficientes.	Plan Estratégico Institucional	La planificación debe incorporar el enfoque de derechos, valores y prácticas, como sustento del marco normativo diseñado para implementar las políticas.
	Gestión Financiera, calidad del gasto, eficiencia, coordinación gobierno central/niveles subnacionales	Gratuidad de los servicios.	Evaluación de la gestión similar al resto de los programas	Rotación de actores cualificados que afectaron la institucionalidad	Cambios de modelo de atención y organizacionales se ven restringidos por falta de garantías financieras

Fuente: Resultados de consulta a actores clave, percepción de subdimensiones implicadas en la rectoría y gobernanza de la APS en tres periodos de gobierno. Paraguay, 2008-2017.

de equipos subnacionales, calidad de la planificación y evaluación, coordinación efectiva por niveles para la implementación de los lineamientos estratégicos, compromiso de mesas técnicas de trabajo, cambio de prioridades en las agendas de gestión, así como se ha debilitado la cohesión social. Otros efectos generados ha sido la pérdida de claridad en la conducción y coordinación de los lineamientos establecidos en el Plan Estratégico inicial de APS perdiéndose el enfoque que conecta efectivamente los problemas de salud con sus causas sociales, culturales e individuales³⁴.

Se plantea la necesidad de concentrar la acción del Estado en funciones estratégicas para el desarrollo del capital humano y social, para el fortalecimiento del Estado de derecho y la expansión y profundización de la democracia^{35,36}.

Se ha visibilizado diferencias de *capacidad de conducción* en los tres periodos de gobierno, aunque algunas dimensiones, se han visto más afectadas, como las debilidades del sistema de información, las dificultades para el desarrollo de procesos evaluativos sistemáticos, y la capacitación continua de la fuerza de trabajo en salud.

En relación a la capacidad regulatoria, esta dimensión se considera transversal a todas las demás sub-dimensiones de rectoría, considerando que se halla vinculada a variables políticas de poder y gobernabilidad³⁷. En cuanto al proceso de reorganización cíclica de las instituciones y dependencias públicas, tras cada cambio de gobierno, y en particular aquellos procesos vinculados a la estrategia de APS, el protagonismo de los organismos financieros internacionales y agencias técnicas de cooperación, lograron modular los procesos políticos con racionalidad técnica en la primera etapa, viéndose claramente debilitados y con baja influencia sobre los siguientes ejecutivos de salud y sus equipos técnicos en las subsiguientes etapas, en las que se visibiliza la vinculación de modelos ideológicos a modelos de financiamiento, y conducción.

En ninguno de los tres periodos de gobierno se logró definir un modelo de financiamiento explícito adaptado a los requerimientos y orientado a procesos descentralizados de gestión, más bien se opta por un modelo administrativo centralizado. Pese a los enunciados de la Política Nacional de Salud vigente, no se han generado acciones decididas que reflejen con claridad la orientación hacia la universalidad, para lo cual faltan reformas necesarias para avanzar, pérdida de oportunidades, déficit del contenido del discurso sanitario, abandono de la formación de salubristas, dando más énfasis a urgencias y coyunturas,

visibilización fugaz de días conmemorativos de salud, ausencia de análisis de ODM versus ODS, y de análisis de indicadores trazadores de desempeño del sistema de salud, cobertura de intervenciones, identificación de prioridades locales para el fortalecimiento de la calidad de atención personal (HAQ) que muestran valores muy bajos.

Pocas veces, un proceso político sanitario demuestra coherencia y refleja en la ejecución, lo formulado idealmente en sus enunciados, como un proceso lineal, racional que parte de la formulación hasta la ejecución de la política. Los escenarios complejos en los cuales se toman decisiones en salud, pocas veces articulan el contexto, el contenido, los intereses específicos, los objetivos, con los resultados esperados como una secuencia teóricamente recomendable. El fortalecimiento de actores estratégicos para el cambio, es capaz de influenciar sobre la reorganización del sistema de servicios de salud, facilitando cambios institucionales, de estructura y de gestión de los servicios, influenciando la distribución del poder y favoreciendo la visión e intereses de la APS^{38,39}.

Sin duda la gobernanza constituye un refuerzo democrático, un instrumento impulsor de la equidad, una oportunidad de crecimiento económico y avance social, en torno a imperativos de buen gobierno, lo que implica una gestión pública eficiente, con incremento de la transparencia, calidad, costos y con un financiamiento adecuado. La existencia de cuerpos de gobernanza, favorecen el análisis de diferentes dinámicas y procesos, se constituyen en un medio para enfrentar los problemas, a través de instancias y organizaciones que integran los sistemas de salud actuando como catalizadores, facilitando la cooperación e interacción entre el Estado y actores no estatales para la implementación de políticas, programas y planes^{40,41}.

Conclusiones

Los hallazgos sugieren que la implementación de esta política pública ha sido influenciada por la inestabilidad política. La rotación sucesiva de gobiernos en los últimos cinco años, ha desviado de su curso normal la implementación de la APS, debilitando los enfoques integrales y su potencialidad como política de Estado, llegando a una cobertura del 44 % en nueve años.

La función rectora se ha puesto a prueba más allá de los habituales criterios de desempeño, ante los desafíos para la superación de variados obstáculos y barreras burocráticas para instalar los cambios y transformaciones en torno a esta

política pública, incluyendo la adaptabilidad a escenarios complejos, limitaciones financieras, y resolución de situaciones de crisis.

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

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

La gestión financiera, se ha visto afectada por condicionantes estructurales, calidad del gasto, nivel de eficiencia y coordinación entre el gobierno central y los gobiernos subnacionales.

Los flujos de recursos, han sido insuficientes para poner en marcha funciones y normas, acuerdos y dinámicas sociales y políticas, y proyectar cambios sostenibles.

La capacidad regulatoria, se caracterizó en sus inicios por la implementación de incentivos y compromisos, y en las siguientes etapas por la incorporación de procesos de fiscalización, aunque no de evaluaciones sistemáticas para introducir planes de mejora, instalándose progresivamente mecanismos restrictivos que han afectado la cohesión social, reincorporando prácticas burocráticas. Para la reconstrucción de gobernabilidad será necesario considerar la importancia de la mediación, de referentes sociales y partes interesadas, del ámbito público y privado, asumiendo roles dinamizadores y facilitadores de interacciones y relaciones. Esto podrá ejercer influencia para rescatar y mantener avances y logros.

Colaboradores

MS Cabral-Bejarano elaboro el diseño y la metodología, trabajo de campo, organización del banco de datos, análisis, discusión de los resultados, y redacción del artículo científico; G Nigenda, A Arredondo y E Conill participaron en la revisión del diseño y la metodología del estudio, análisis y discusión de los resultados.

Referencias

1. Dirección General de Encuestas, Estadísticas y Censos (DGEeC). *Encuesta Permanente de Hogares. Paraguay, 2016*. [Online]. [consultado 2016 Dic 12]. Disponible en: www.dgeec.gov.py/microdatos/
2. Dullak R, Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Cabral-Bejarano MS, Ruoti M, Paredes ME, Wildberger C, Molinas F. Primary Health care in Paraguay: overview and prospect. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2865-2875.
3. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Descentralización. *Informe Descentralización Sanitaria 2010*. [Online]. [consultado 24 de mayo de 2014] Disponible en: [http://www.mspbs.gov.py/dependencias/Dirección General de Descentralización/Informe Descentralización 2010](http://www.mspbs.gov.py/dependencias/Dirección%20General%20de%20Descentralización/Informe%20Descentralización%202010)
4. Benítez G. *Informe Paraguay: Distribución del gasto en salud y gastos de bolsillo, principales resultados*. Asunción: Centro de análisis y difusión de la Economía Paraguaya; 2014.
5. Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud* 2017; 15(3):64-72
6. Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Ruoti M, Dullak R, Páez M, Orué E, Sequera M, Lampert N, Giménez G, Velázquez S. Evaluación de la Atención Primaria de Salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados. *Saúde Debate* 2012; 36(94):449-460.
7. Monroy Peralta JG, Villagra Carrón J, Molinas Maldonado MM, Biedermann Villagra, TM. *Informe de Evaluación a Programas Públicos. Programa de Atención Primaria de Salud y Unidades de Salud de la Familia. Sistema de seguimiento y evaluación en el marco del presupuesto por resultados*. Paraguay 2011. [Online] [consultado 2014 Mar 3]. Disponible en: http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/06/Evaluacion_APS_Monroy2011.pdf

8. Paraguay. Ley N° 3007/06. Que modifica y amplía la Ley 1032/96. 2006. [Online] [consultado 2015 Jun 20]. Disponible en: http://www.cird.org.py/salud/descarga.php?docs_id=299
9. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarín MI, Benach J, Schaap M, Kunst AE, Navarro V. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol* 2008; 37(5):1095-1105.
10. República del Paraguay. Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud. Paraguay; 1996. [Online]. [consultado 2014 Feb 2]. Disponible en: <http://www.mic.gov.py/v1/sites/172.30.9.105/files/Ley%2048.pdf>
11. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca. Informe sobre la Salud en el mundo 2008*. [Online] [consultado 2014 Mar 10]. Disponible en : http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Consulta Regional de Montevideo – Uruguay (Declaración Regional de APS) presentada en la 46 asamblea de la CD*. Montevideo: OPS; 2005.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *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: OPS; 2005.
14. Conill EM, Fausto MCR, Giovannella L. The contribution of comparative analysis to a comprehensive evaluation framework for primary care systems in Latin America. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10(Supl. 1):S15-S27.
15. Conill E. Políticas de atenção primaria e reformas sanitarias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis 1994-2000. *Cad Saude Publica* 2002; 18(Supl.):191-202.
16. Macínko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2/3):73-84.
17. Meneu R, Ortun V. Transparencia y buen gobierno en sanidad: También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria* 2011; 25(4):333-338.
18. Arredondo Lopez AA, Orozco E. *Temas selectos en Sistemas de Salud. Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza: Conceptos, Tendencias y Evidencias*. México: UAG; 2009.
19. Flores W. Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas. *Rev. Salud Pública* 2010; 12(Supl. 1):28-38.
20. Magrini Pigatto JAM, Cacciamali MJ, Jorge MJ. Primary Health Care Governance: Case Studies in Argentina and Brazil. *Journal on Business Review* 2012; 2(2):77-84.
21. Bambra C, Joyce KE, Maryon-Davies A. *Strategic review of health inequalities in England post-2010 (Marmot Review): Task Group 8: priority public health conditions: final report*. London: University College London; 2009.
22. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bull World Health Organ* 2000; 78(6):732-739.
23. Exworthy M. Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy Plan* 2008; 23(5):318-327.
24. Cunill Grau N. Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 2010; 46:43-72.
25. Ortúzar MG. El desplazamiento del poder en Salud. *Astrolabio* 2017; 20:47-63.
26. Ortúzar MG. “Gobernanza” y “Gobernanza en Salud”: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político? *Revista Internacional de Ética y Política* 2014; 5:63-86.
27. Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. Marco conceptual y analítico. *Revista Instituciones y Desarrollo* 2001; 10:103-148
28. De la Torre R. Medición del bienestar y progreso social: una perspectiva de desarrollo humano. *Revista Internacional de Estadística y Geografía* 2011; 2(1):18-35.
29. Arredondo Lopez A, Orozco Nunez E, Wallace S, Rodríguez M. Indicadores de gobernanza para el desarrollo de estrategias binacionales de protección social en la salud de los migrantes. *Saude Soc* 22(2):310-327.
30. Hernández Carrera RM. Qualitative research trough interviews: Its analysis by Grounded Theory. *Cuestiones Pedagógicas* 23:187-210
31. Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Salud en las Américas. Rectoría y Gobernanza para la Cobertura Universal*. Washington: OPS, OMS; 2017.
32. Pérez Andrés C. Sobre la Metodología Cualitativa. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76(5):373-380.
33. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet* 2001; 358(9280):483-488.
34. Sandoval CA. Investigación Cualitativa. In: *Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social*. Bogotá: Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior; 1997. p. 187. Módulo IV.
35. Marín J. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(1-2):21-32.
36. Nigenda G, Alcalde-Rabanal J, González-Robledo LM, Serván-Mori E, García-Saiso S, Lozano R. Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México. *Salud pública de México* 2016; 58(5):533-542
37. Rodríguez C, Lamothe L, Barten F, Haggerty J. Governance and health: meaning and implications in Latin America. *Rev Salud Pública* 2010; 12(Supl. 1):151-159.
38. Prats J. Servicio Civil y Gobernabilidad Democrática. *Administración & Ciudadanía* 2009; 3(3):65-94.
39. Paraguay. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). *Exclusión Social en Salud Paraguay; 2006*. [cited 2013 Feb 27]. Available from: http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Exclusion_Salud_Paraguay_2007.pdf
40. Declaración de Alma Ata. [Online]. [cited 2013 Feb 27]. Available from: <http://www.alma-a.es/declaracion-dealmaat/declaraciondealma>
41. Bascolo E. Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2763-2772.

Artigo apresentado em 15/02/2018

Aprovado em 12/03/2018

Versão final apresentada em 05/04/2018