

ESPACIOS DE DECISIÓN Y TENDENCIAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN EL PARAGUAY

Mapa actual y prospectiva

Edgar Giménez Caballero

José Carlos Rodríguez

Néstor Peralta

 **id** investigación
para el desarrollo

 **Iniciativa
Think Tank**

Con el apoyo de


CONACYT

 **PROCIENCIA**
PROGRAMA PARAGUAYO PARA EL DESARROLLO DE LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA

ESPACIOS DE DECISIÓN Y TENDENCIAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN EL PARAGUAY

Mapa actual y prospectiva

Edgar Giménez Caballero

José Carlos Rodríguez

Néstor Peralta

Con el apoyo de



Espacios de decisión y tendencias en la descentralización de salud en el Paraguay. Mapa Actual y Prospectiva

Autores:

Dr. Edgar Giménez Caballero, Doctor en Medicina y Cirugía, Maestro en Salud Pública.
Director del Área de Salud de Investigación para el Desarrollo.

José Carlos Rodríguez, PHD en Sociolingüística, DEA en Sociología, Lic. en Psicología
Director del Área de Investigación, de Investigación para el Desarrollo.

Lic. Néstor Peralta, Licenciado en Análisis de Sistemas, Máster en Educación con énfasis en investigación. Miembro del Área de Salud de Investigación para el Desarrollo.

Revisión y ajustes

Silvia Denis Scala

Investigación para el Desarrollo

Presidente:

César Cabello

Director Ejecutivo:

Bruno Osmar Martínez

Gerente de Proyecto:

Karina Godoy

Este documento corresponde al informe técnico final del proyecto **Espacios de decisión y tendencias en la descentralización de salud en el Paraguay**, cuyo objetivo general es analizar el proceso y el grado de descentralización de los servicios de Salud del Paraguay, sus factores asociados y tendencias. Fue financiado por CONACYT, mediante el programa PROCENCIA y ejecutado por el Área de Salud de INVESTIGACIÓN PARA EL DESARROLLO.

© Investigación para el Desarrollo

Asunción, Paraguay. Junio 2016

Investigación para el Desarrollo

Tte. 1° Cayetano Rivarola 7277

Asunción, Paraguay

Tel. +595 21 525526

www.desarrollo.org.py

Diseño y diagramación: Arandurã

ISBN edición digital: 978-99967-859-3-1

ISBN: 978-99967-53-02-2

ÍNDICE

RESUMEN	7
Marco conceptual y metodológico	7
Los espacios de decisión en la descentralización de la salud	8
Escenarios posibles de prospectiva	9
Conclusiones	11
INTRODUCCIÓN.....	13
EL CONCEPTO DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD	17
Conceptos generales sobre descentralización	17
El modelo Principal – Agente y los espacios de decisión.....	18
Espacios de decisión y funciones de producción de servicios	20
ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA VALORAR LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD Y SUS TENDENCIAS	27
Universo y muestra.....	27
Definiciones operativas.....	28
Procedimiento de análisis	29
EL PROCESO POLÍTICO Y NORMATIVO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN EL PARAGUAY	31
Avances y desafíos en la descentralización del Sistema Nacional de Salud	31
Los procesos de descentralización en el ámbito del Ministerio de Salud	32
Espacios de participación y articulación intersectorial	37
Descentralización en Municipios y Gobernaciones.....	46
Devolución: el Sistema Nacional de Salud	49
Deslocalización: el Sistema Nacional de Salud y la Atención Primaria de Salud.....	51
EL MAPA DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN EL PARAGUAY	55
Función de gestión financiera	55
Función de Gestión de Recursos Humanos	58
Función reglas de dirección	62
Función de organización.....	65
Función reglas de acceso.....	68
Participación social.....	71
Mapa de los espacios de decisión.....	73
Función de gestión financiera	79

TENDENCIAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN EL PARAGUAY: ESCENARIOS POSIBLES DE PROSPECTIVA.....	79
Función de gestión de recursos humanos	82
Función reglas de dirección	86
Función de organización.....	89
Función reglas de acceso.....	93
Participación social.....	97
El mapa prospectivo de los espacios de decisión.....	100
Escenario ideal.....	102
Factores críticos	104
ANÁLISIS CUALITATIVO DE PROSPECTIVA.....	109
Política de descentralización.....	109
El proceso de descentralización	112
El escenario actual.....	113
El escenario tendencial.....	114
Escenario óptimo	114
Los entrevistados.....	115
OPCIONES DE POLÍTICAS EN UN PROCESO INCIPIENTE DE DESCENTRALIZACIÓN.....	117
La descentralización como medio para lograr objetivos sanitarios	117
La descentralización sanitaria como parte de otras reformas del Estado	120
Opciones posibles en un contexto de descentralización incipiente	123
BIBLIOGRAFÍA.....	131
ANEXOS.....	137
Anexo 1: Cuestionario.....	137
Anexo 2: Guía de entrevistas.....	141
Anexo 3: Tablas de procesamiento de datos.....	143

Índice de Tablas

Tabla 1	Distribución de la muestra según establecimientos y categoría de informantes claves.....	28
Tabla 2	Componentes de la Función de Gestión Financiera Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)	55
Tabla 3	Componentes de la Función de Gestión de Recursos Humanos Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)	58
Tabla 4	Componentes de la función reglas de dirección Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y cálculo del desempeño de los espacios de decisión (DED)	62
Tabla 5	Componentes de la Función de Organización Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)	65
Tabla 6	Componentes de la Función Reglas de Acceso Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)	68
Tabla 7	Componentes de la Participación Social Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)	71
Tabla 8	Espacios de decisión por Funciones y Componentes Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)	74
Tabla 9	Componentes agrupados en categorías de desempeño	76
Tabla 10	Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay Función Financiera Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos	79
Tabla 11	Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay Función Financiera. DED de las respuestas en escala de Likert para el escenario actual y escenarios prospectivos.....	81
Tabla 12	Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay Función Recursos Humanos. Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos	82
Tabla 13	Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay Función Recursos Humanos. Desempeño (%) de las respuestas en escala de Likert para el escenario actual y escenarios prospectivos.....	84

Tabla 14	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Dirección). Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el	
escenario actual y escenarios prospectivos	86
Tabla 15	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Dirección. DED de las respuestas en escala de Likert para el escenario	
actual y escenarios prospectivos	88
Tabla 16	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Organización	
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario	
actual y escenarios prospectivos	90
Tabla 17	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Organización)	
DED en % de las respuestas en escala de Likert para el escenario	
actual y escenarios prospectivos	92
Tabla 18	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Reglas de Acceso)	
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario	
actual y escenarios prospectivos	93
Tabla 19	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Reglas de Acceso DED de las respuestas en escala de Likert	
para el escenario actual y escenarios prospectivos.....	95
Tabla 20	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Participación Social. Distribución de frecuencias en % según escala	
de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos.....	97
Tabla 21	
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay	
Función de Participación. DED en % de las respuestas en escala de Likert	
para el escenario actual y escenarios prospectivos.....	99
Tabla 22	
En una situación óptima, las Gobernaciones ¿qué tanto deberían tener	
responsabilidades sobre la gestión de servicios sanitarios?	102
Tabla 23	
En una situación óptima, las Municipalidades ¿qué tanto deberían	
tener responsabilidades sobre la gestión de servicios sanitarios?	102
Tabla 24	
¿Cuáles son los factores críticos que limitan la descentralización en salud?.....	104

RESUMEN

La descentralización es una de las reformas del Estado que tiene lugar en varios países de América Latina desde los años ochenta, bajo distintas modalidades y especificidades, dependientes de cada contexto.

En el sector Salud, pueden ser identificadas tres grandes líneas:

a) La generación de espacios de participación social a nivel departamental y municipal, mediante los Consejos de Salud; b) Nuevos espacios departamentales y municipales para la gestión sanitaria, mediante la Secretaría de Salud de las gobernaciones y las direcciones correspondientes de las municipalidades; y c) La desconcentración administrativa del Ministerio de Salud y la delegación de algunos servicios.

Esta investigación analiza el proceso y el grado de descentralización de los servicios de Salud del Paraguay, sus factores asociados y tendencias, según la percepción de sus protagonistas.

Marco conceptual y metodológico

Se adoptó el modelo conceptual denominado “Espacios de decisión” y “Principal–Agente”, en el cual se explora el poder de decisión sobre las funciones de producción de servicios de salud, que el Principal o entidad central, otorga a los agentes o entidades descentralizadas. En este caso, el Principal es el Ministerio de Salud, y los agentes las distintas dependencias departamentales y locales.

Las funciones estudiadas son:

- Financiera: Las posibilidades para elaborar presupuesto, fijar prioridades, invertir y gastar el presupuesto.
- Recursos humanos: Las posibilidades para incorporar, distribuir horarios, trasladar, sancionar, despedir o incentivar a los funcionarios.
- Dirección: Las posibilidades para designar directores, planificar, establecer metas, controlarlas, rendir cuentas y contrarrestar las influencias políticas partidarias en sus decisiones.
- Organización: Las posibilidades para mejorar la calidad, asignar tareas, proveer servicios prioritarios para su comunidad y utilizar la información que generan para tomar decisiones.
- Reglas de acceso: Las posibilidades para mejorar el acceso a los servicios para la población vulnerable, indígenas, pobres, personas con discapacidad, personas de la tercera edad, mujeres y niños.
- Participación: Las posibilidades de la sociedad civil para participar en los consejos de salud para planificar y mejorar la calidad de los servicios en salud, en actividades de promoción de la salud y de prevención, en situaciones de emergencia y en la rendición de cuentas.

Se encuestó a 510 personas (directivos y profesionales); de regiones sanitarias, hospitales, centros de salud, unidades de salud familiar y miembros de consejos de salud, mediante un cuestionario acerca del poder de decisión sobre las funciones de producción de servicios descritos, utilizándose una escala de Likert de 1 a 4 (el máximo grado de decisión es 4). Así también, se realizaron entrevistas en profundidad a 50 actores claves seleccionados, tanto del ámbito sanitario como del político.

Los datos fueron procesados para hallar distribuciones de frecuencias, promedios e índices. Cada dato se identificó en una de las cuatro categorías: mínimo, incipiente, moderado y máximo.

Los espacios de decisión en la descentralización de salud

Los resultados de la investigación señalan un proceso mínimo de descentralización en salud, caracterizada por la alta centralidad de los procesos administrativos financieros y el control sobre los recursos humanos.

La desconcentración del Ministerio de Salud se expresa en una moderada transferencia de la capacidad de decisión sobre aspectos organizacionales y funcionales en la gestión de servicios.

En efecto, los entrevistados refieren que a nivel regional y local, el poder de decisión es mínimo sobre cuestiones fundamentales, como formular o gastar el presupuesto. Es incipiente la capacidad de incidir sobre la asignación de recursos para las

prioridades locales, así como para definir un plan de inversiones. Todos estos procesos son controlados por el Principal, es decir, a nivel central del Ministerio de Salud.

A nivel local tampoco pueden incorporar nuevos recursos humanos, salvo los que sean contratados mediante los consejos de salud. Además, la capacidad para gestionar sobre estas funciones es apenas incipiente, puesto que la distribución de funciones, la carga horaria, los incentivos, la movilidad y hasta las sanciones, son gestionados desde el nivel central. Como los servicios de salud no se acumulan, sino que se producen y consumen al mismo tiempo mediante la interacción de profesionales y pacientes, esta limitación es crítica para la gestión general del servicio.

Todos los directores son designados por el nivel central y se percibe que hay una fuerte influencia político partidaria para estas designaciones, ya que el 36% de los entrevistados opinó que es mínimo el poder de contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades sanitarias; el 41% opinó que apenas en algo (incipiente) puede contrarrestarse esta influencia y tan sólo el 5% indicó que es posible contrarrestarse con grado máximo, es decir, que tienen autonomía más allá de las influencias políticas.

En un espacio de decisión más moderado (3 de la escala), fue mejor valorada la capacidad de dirigir y organizar los establecimientos mediante la elaboración de planes, la fijación y control de metas y la utilización de información para tomar decisiones.

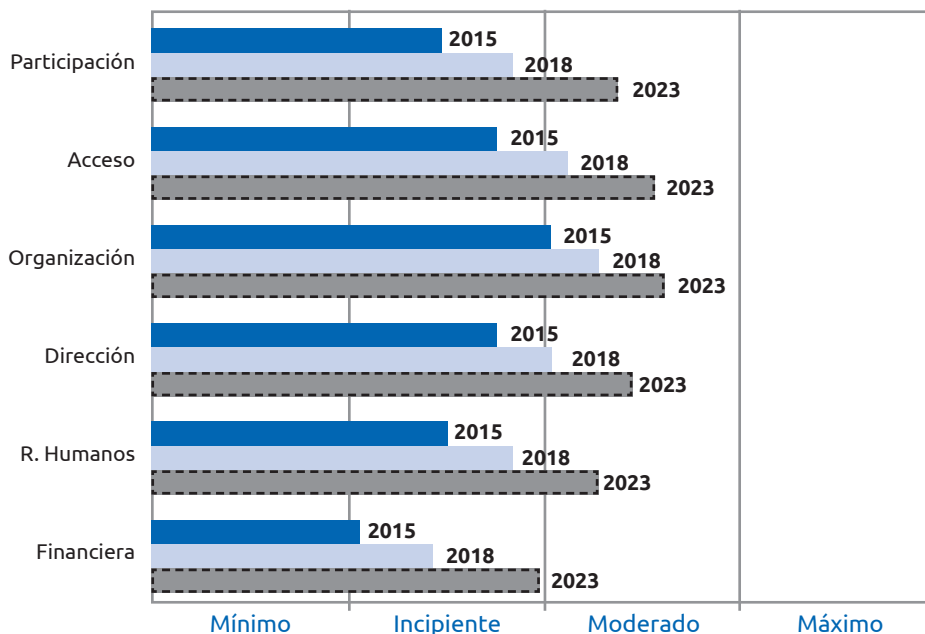
La participación social, si bien está formalmente establecida mediante los consejos de salud, es percibida con poca incidencia en aspectos claves para el funcionamiento de los servicios de salud, como la planificación, la mejora de los servicios y la rendición de cuentas. Pero, por otra parte, los consejos de salud fueron valorados como espacios importantes para el debate y para que apoyaran la solución de problemas puntuales de los establecimientos.

Todas las demás funciones fueron valoradas en un espacio de decisión incipiente, señalando un bajo grado de descentralización.

Escenarios posibles de prospectiva

Se percibe que el proceso está estancado en el escenario actual. Las expectativas de los escenarios tendenciales, señalan un avance lento en todas las dimensiones. Se anticipan cambios mínimos hasta el 2018. Sin un cambio de política, la tendencia será la misma. Para el 2023 se prevé un escenario que, a lo sumo, alcance una incipiente descentralización en lo administrativo financiero y, quizás, un espacio de decisión moderado en las otras funciones.

Mapa actual y tendencial de los espacios de decisión en la descentralización de la salud en Paraguay)



Fuente: Espacios de decisión y tendencias en la descentralización de salud en Paraguay. Investigación para el Desarrollo - id. Año 2016. Con apoyo de PROCENCIA - CONACYT.

El 77% de los entrevistados señaló que el mayor factor crítico a superar es el presupuesto reducido para la salud. El 70% expresó que la burocracia excesiva es otro factor limitante; y el 63% consideró que la afinidad política entre los actores es un factor que limita en grado máximo la descentralización sanitaria. La reticencia a delegar autoridad por parte del Ministerio de Salud, se ubicó en el penúltimo lugar de ocho factores posibles que limitan la descentralización de salud en Paraguay.

En las entrevistas a actores de conducción política, se identifican elementos de un escenario más pesimista. Las no respuestas o las respuestas elusivas son más frecuentes, tal como el ‘debería ser así’, con poca esperanza de que ello ocurra.

Para la mayoría, la descentralización se ha convertido en un ideal o desiderata. En cambio, sin estar muy presente la opinión contraria a la descentralización, parece tener una influencia sobre las políticas de Estado.

En ese escenario ideal, la tendencia de opinión de los entrevistados es que los agentes descentralizados deben tener el máximo poder de decisión posible y que las municipalidades y gobernaciones deben poseer mayor responsabilidad en el ámbito de la salud.

Conclusiones

En democracia, la ciudadanía, además de votar, quiere emprender actos en más lugares y sobre más asuntos; como por ejemplo en el ámbito de la salud. Hay una marcada tendencia en pro de la descentralización sanitaria en Paraguay.

El marco jurídico de la Constitución Nacional, que define al Estado como Unitario y Descentralizado, y las leyes que posibilitan el avance por delegación de competencias, establecen la posibilidad de una fuerza política formidable para transferir recursos y competencias a los agentes locales.

En el escenario actual, el grado de descentralización es mínimo a incipiente, los recursos financieros y humanos están controlados por el nivel central. En la desconcentración del Ministerio de Salud, los espacios de decisión más amplios se dan en la gestión de los servicios. Existe un espacio no formal de decisión, determinado por la influencia política partidaria en la designación de autoridades sanitarias, lo cual, mínimamente, puede ser contrarrestado.

Los escenarios tendenciales tendrán pocos cambios, si no se produce un cambio de política orientado a superar las limitaciones presupuestarias, revertir la excesiva burocracia del modelo de gestión, posicionar los objetivos sanitarios en la agenda política y construir capacidades locales para la gestión del sistema de salud.

Los Consejos de Salud son el ámbito propicio para impulsar el debate sobre las reformas necesarias y para lograr los consensos requeridos. La movilización social es clave para lograr transformaciones que mejoren los servicios de salud.

Hay que evitar descentralizar las limitaciones y las fallas del Estado nacional. La rectoría del Ministerio de Salud, es fundamental para que el proceso de descentralización se construya con criterios de solidaridad y equidad, garantizando el derecho a la salud de toda la población en un sistema articulado y coordinado.

INTRODUCCIÓN

Espacios de decisión y tendencias en la descentralización de salud en el Paraguay, es un proyecto de investigación del Área de Salud de Investigación para el Desarrollo (id), que fue seleccionado para su implementación por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en el marco del programa PROCENCIA.

El proyecto fue elaborado por el equipo de investigadores del Área de Salud durante el año 2012 y presentado en la convocatoria del CONACYT en 2013. Dicho proyecto se inició en junio del 2015 y finalizó en junio del 2016.

El objetivo general del proyecto

Analizar el proceso y el grado de descentralización de los servicios de Salud del Paraguay, sus factores asociados y tendencias.

Objetivos específicos

- Analizar el marco político/normativo de la descentralización del Estado, en general, y del sector salud en particular.
- Caracterizar el modelo de descentralización en salud y determinar el grado de implementación de las políticas existentes en este campo.
- Determinar las modificaciones que producen la descentralización en los servicios de salud.
- Determinar el grado y opciones de decisión, formal y no formal, en las principales funciones de producción de servicios de salud en los distintos niveles de descentralización.
- Identificar factores asociados al grado de descentralización.
- Construir escenarios prospectivos e identificar factores determinantes del proceso de descentralización.
- Identificar posibles opciones de políticas de descentralización en el sector salud del Paraguay y socializar los resultados con los actores claves.

El estudio ha buscado responder las siguientes preguntas

- ¿Por qué se da esta situación de alta centralización y muy débil descentralización efectiva de los servicios de salud, a pesar del marco normativo existente?
- ¿Se debe a debilidades del marco legal o al modelo adoptado?
- ¿Es un problema de diseño la débil descentralización o es un problema de implementación por falta de herramientas?
- ¿Predominan los problemas de tipo político, financiero o técnico para implementar la descentralización?
- ¿Existe capacidad local para hacerse cargo de la gestión del sistema?
- ¿Existen localidades más descentralizadas que otras o el proceso es uniforme en todo el país?
- ¿Existen grados de descentralización de servicios de salud?
- ¿Existen áreas funcionales donde la descentralización ha sido más efectiva? Si es así, ¿a qué se deben estas variaciones?
- ¿Qué modificaciones ha producido este proceso en el sistema de salud?
- ¿Cuál es la tendencia para la agenda inmediata?

Los productos finales o entregables de la investigación, se definieron en los siguientes términos

- Informe sobre el proceso político normal y normativo de la descentralización de salud en el marco de la descentralización del Estado.
- Mapa de espacios de decisión en la producción de servicios de salud en los agentes descentralizados.
- Informe de estudio de prospectiva de la descentralización de salud, con escenarios tendencial y óptimo, identificando sus factores determinantes.

La ejecución del proyecto se desarrolló en tres etapas: a) ajustes al diseño metodológico; b) trabajo de campo; c) análisis y presentación de resultados, según un cronograma previamente establecido por el equipo de investigación.

El equipo de investigadores estuvo compuesto por un experto en salud pública, un experto en políticas públicas y un experto en análisis de datos.

Se adoptó el marco conceptual de *Principal - Agente y Espacios de Decisión*, desarrollado en la Universidad de Harvard por el Profesor Thomas Bossert, y las aproximaciones metodológicas fueron adecuadas a los objetivos de la investigación y al contexto del Paraguay.

Para definir el universo de análisis, se realizó un mapeo de actores a partir de la definición de funciones de producción de servicios de salud y niveles de conducción del sistema de salud paraguayo.

Se realizó una selección de informantes claves (del proceso de descentralización en salud), considerando una distribución territorial, niveles de complejidad y componentes del sistema.

Fueron incluidas 560 personas, de las cuales 510 aplicaron un cuestionario para valorar espacios de decisión en distintas funciones del sistema de salud y otras 50 participaron en entrevistas en profundidad.

La recolección de la información, en el trabajo de campo, fue realizada por un equipo de personas seleccionadas y capacitadas para el manejo de los instrumentos diseñados.

En este documento, los resultados de la investigación realizada se exponen en seis capítulos complementarios. En el capítulo conceptual, se exponen los elementos más relevantes de las definiciones, los tipos de descentralización y los componentes del modelo *Principal - Agente y espacios de decisión*.

Seguidamente, se describen la metodología, las variables utilizadas, los criterios de selección de la muestra y el diseño de procesamiento de datos. En los anexos se presentan los instrumentos de recolección de la información.

En el capítulo denominado *El proceso político y normativo de la descentralización en salud en el Paraguay*, se presentan los primeros resultados de la investigación, a partir de un análisis de la Constitución Nacional, leyes que regulan a las gobernaciones y municipalidades, leyes que regulan al Sistema Nacional de Salud, los decretos reglamentarios y resoluciones administrativas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Complementariamente, se utilizaron los aportes de algunos entrevistados que se han referido a la evolución del proceso desde sus perspectivas.

En el capítulo *El Mapa de los Espacios de Decisión de la Descentralización en Salud del Paraguay*, se exponen los resultados sobre el grado de descentralización en el escenario actual. Éstos corresponden –principalmente– a los cuestionarios aplicados sobre las funciones de gestión de recursos financieros, recursos humanos, organización de servicios, dirección, organización, reglas de acceso y participación social. Se incluyen tablas y gráficos que resumen la información y con los cuales se ha podido construir un “mapa” correspondiente al escenario actual, referido al año 2015.

En el capítulo *Tendencias en la Descentralización de Salud en el Paraguay: escenarios posibles de prospectiva*, se exponen los resultados de cuestionarios y de entrevistas, en relación a las tendencias y escenarios posibles identificados. Por su parte, los escenarios fueron proyectados al 2018 y al 2023 y se construyó un escenario ideal u óptimo de la descentralización, según las funciones y según el grado de responsa-

bilidad que deberían asumir los gobiernos subnacionales. Por último, se expone un análisis sobre los factores limitantes del proceso.

En el último capítulo, *Opciones de Políticas en un Proceso Incipiente de Descentralización*, se expone una reflexión analítica de los investigadores a partir de los resultados de la investigación. Las opciones posibles de solución al proceso de descentralización estudiado, se enmarcaron en la hipótesis de los escenarios prospectivos o tendenciales, identificados por los entrevistados.

EL CONCEPTO DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Conceptos generales sobre descentralización

La descentralización fue uno de los objetos de reformas del Estado, que tuvo lugar en varios países de América Latina desde los años 80, bajo distintas modalidades y especificidades, dependientes de cada contexto. Ésta respondía a impulsos diversos. Sin embargo, en general coincidió con el proceso de globalización, en el cual se fortalecieron los vínculos supranacionales y, al mismo tiempo, los sub-nacionales, mientras que los estados nacionales perdían cierto peso.

Una de las clasificaciones más conocidas fue la propuesta por Rondinelli (1983), un teórico de gran influencia sobre la descentralización, que señaló que la descentralización puede ser categorizada en cuatro tipos: a) desconcentración, b) delegación, c) devolución, y d) privatización.

La *desconcentración* se define como la entrega de cierta cantidad de autoridad o responsabilidad administrativa a los niveles inferiores de la administración central, ministerios y organismos nacionales.

La *delegación* se define como la transferencia de responsabilidad de gestión para funciones concretas y definidas, a organizaciones que están fuera de la estructura burocrática regular y sólo indirectamente están controladas por el gobierno central. La delegación ha sido ampliamente utilizada en el derecho administrativo.

La *devolución* se entiende como la creación o refuerzo -financiero o legal- de las unidades sub nacionales de gobierno, cuyas actividades están sustancialmente fuera del control directo del gobierno central.

La *privatización* es el término utilizado para señalar el caso en que los gobiernos transfieren responsabilidades y funciones a organizaciones voluntarias, o permiten que sean realizadas por empresas privadas.

Rondinelli estudió la descentralización, tomando como aspecto clave el flujo de los recursos que determina potestades de la administración pública: “La descentralización puede ser definida como la transferencia de responsabilidad de planificación, gestión, obtención y asignación de recursos del gobierno central y sus agencias para: (a) unidades de campo de la administración central, ministerios u organismos, (b)

unidades o niveles subordinados de gobierno, (c) autoridades públicas semiautónomas o empresas, (d) autoridades regionales o funcionales en amplias áreas, y (e) organizaciones privadas no gubernamentales o voluntarias”.

Este enfoque de *Administración Pública* de la descentralización, sustentado por Rondinelli y otros, constituyó un aporte valioso para determinar las estructuras nacionales de distribución de autoridad y responsabilidad. Otros esquemas de análisis propuestos en el ámbito de la descentralización han sido: el de Opción de Fiscalidad, el de Capital Social y el modelo de Principal - Agente.

El esquema de *Opción de Fiscalidad Local*, ha privilegiado las opciones ciudadanas en la paga de sus impuestos: ¿Qué monto se contribuye en los niveles municipal, departamental, nacional? Este esquema fue especialmente pertinente para sistemas federales, más que en sistemas unitarios, aunque estos criterios podrían ser incorporados a cualquier análisis.

El esquema de *Capital Social* fue usado por Putnam, quien puso énfasis en la participación comunitaria dentro de la tipología que contrapone el clientelismo o intercambio particularista (típico de favores por votos) versus la reciprocidad basada en la confianza mutua y en la administración de la cosa pública, del bien común. No incluyó criterios específicos para juzgar la gestión pública, pero sí las condiciones que benefician o perjudican el buen gobierno.

El modelo Principal – Agente y los espacios de decisión

En el ámbito de la salud, la descentralización ha sido propuesta como un resultado deseable para el mejor logro de los sistemas de salud y formalmente orientada hacia el mejor logro de equidad, eficiencia, calidad y solidez financiera.

Bossert asumió el concepto de descentralización de la salud como:

“Variedad de reformas caracterizadas por la transferencia de autoridad fiscal, administrativa y/o política, con relación a la planificación, la administración o la prestación de servicios desde el Ministerio de Salud central hacia instituciones alternativas. Estas instituciones receptoras pueden ser direcciones locales o regionales del mismo ministerio, gobiernos municipales o provinciales, agencias de servicio público autónomas u organizaciones del sector privado”. Bossert (1998, 2000, 2010, 2011 y 2014).

En este concepto se basó el modelo de *Principal – Agente*. Su ventaja más notable fue la de proveer un instrumento muy específico para medir las opciones de políticas y de comportamientos públicos, tendientes a lograr metas generales, integrando de una manera aceptable a los otros enfoques, a los que asignó un peso específico.

Complementariamente, o mejor dicho, como parte del modelo, el concepto de *espacios de decisión* fue definido como el grado de control y opciones de decisión permitidos por el nivel central o Principal, a las diferentes instancias de descentralización o agentes involucrados en la provisión de servicios de salud, de acuerdo a las funciones más relevantes para la producción de estos servicios.

Este marco conceptual y de análisis permitió valorar: a) la magnitud o cantidad de opciones que fue transferida, desde la institución central a las instituciones periféricas del sistema de salud; b) las decisiones que son localmente adoptadas y con qué margen o grado de libertad; y c) los efectos que tienen estas opciones sobre el sistema de salud.

Los espacios de decisión así conceptualizados, podrían ser agrupados según distintas funciones en la producción de servicios de salud. Estas funciones corresponderían a áreas, en las cuales se ejecutaban procesos y acciones, con el objetivo de producir servicios en las entidades descentralizadas.

Las funciones propuestas en el modelo se agruparon en las siguientes categorías: financiera, organización de servicios, recursos humanos, reglas de acceso y reglas de dirección.

La caracterización de estas funciones estableció un rango de espacios de decisión por función. El rango propuesto comprendía desde un espacio de decisión mínimo, denominado leve (o limitado); uno intermedio, denominado moderado; y uno máximo, denominado alto. En algunos estudios se incluyeron subniveles o grados dentro de estas categorías (Bossert, 2000).

Este enfoque permitió configurar un *mapa de espacios de decisión* o del rango de opciones permitidas en las dimensiones funcionales en el ámbito formal y en el no formal. Asimismo, se asumió que, con estos espacios de decisión, las autoridades locales podían optar por innovaciones que no habrían sido adoptadas antes de la descentralización.

Se supuso que con estos espacios de decisión se orientaría el cambio para mejorar el sistema local de salud, cuestión que no hubiera sido posible de no haber habido una descentralización sectorial.

El modelo también permitió examinar la manera en que la autoridad central controlaba la transferencia de competencias y poder de decisión, mediante incentivos, sanciones y el monitoreo de la información, alentando el logro de objetivos nacionales y evaluando la efectividad de este manejo.

Según Bossert, las modificaciones producidas por la descentralización, podían ser valoradas en las distintas funciones de producción de los servicios de salud, generando nuevas capacidades locales e induciendo a la modificación del comportamiento en la gestión de los servicios de salud.

El *uso de la capacidad de decisión* refiere a las nuevas capacidades generadas por la ampliación del espacio de decisión, que puede ser utilizada o no, de acuerdo a diferentes objetivos. Esto podría verificarse en el grado de participación ciudadana y en las innovaciones que le acompañan.

Los *espacios de participación ciudadana*, se refieren a la relación existente entre la modificación de los espacios de decisión y los niveles de participación ciudadana logrados, de acuerdo a las organizaciones y redes locales. En tanto que las *innovaciones* se basan en el supuesto que, a mayor conocimiento de las necesidades locales, los Agentes pueden introducir innovaciones para resolver problemas locales de salud. Una de las expresiones de estas innovaciones puede ser la mejora del desempeño del sistema de salud.

Espacios de decisión y funciones de producción de servicios

La descentralización supone la expansión de opciones a nivel local, hasta un grado que no existía previamente al proceso. Hay funciones y actividades sobre las cuales las autoridades locales pueden incrementar sus competencias.

Se supone que las decisiones en cada área funcional afectan el sistema de desempeño. No se puede simplemente asumir que, siempre y en todos los casos, la descentralización o -al contrario- la centralización sean favorables o desfavorables a la mejora en la provisión de servicios de salud. Esto debe ser cotejado empíricamente.

El mapa es una constatación parcialmente cuantificable, ya que la suma de los valores da cifras sobre cuán estrecha, moderada o amplia es la potestad local, o sea, cuán descentralizado está un sistema de salud y con cuál desempeño.

La *función de gestión financiera* se define como el grado de control y opciones de decisión sobre los recursos económicos y financieros. El control sobre las finanzas permite a las instancias de gobierno local, de manera determinante, decidir cuán prioritaria es la salud respecto a otras actividades locales y tener la capacidad de ejecutar acciones operativas en los servicios de salud, propuestas en el marco rector o de la planeación.

La capacidad de gestión sobre los recursos financieros comprende, al menos, los siguientes aspectos:

- a. Control sobre fuentes de financiamiento: Las fuentes de financiamiento identifican el origen de la transferencia de recursos financieros, permiten determinar el porcentaje de fondos provenientes de instancias centralizadas y descentralizadas y valorar la importancia de los distintos orígenes de los fondos para la entidad prestadora de servicios de salud;

- b. Control sobre el presupuesto: Se refiere al control sobre la asignación de fondos totales para la prestación de servicios de salud para un periodo de tiempo. El grado de control está determinado por la participación en la elaboración, la influencia para determinar asignaciones prioritarias, capacidad para gestionar ampliaciones y reprogramaciones;
- c. Control sobre los gastos: Se refiere a la manera en que se utiliza el presupuesto asignado, los mecanismos y el nivel donde se toman las decisiones al respecto;
- d. Control sobre los aranceles y fondos propios: Se refiere al monto fijado como pago directo de los/as usuarios/as por servicios prestados u otras estrategias de recaudación. El control sobre estos aranceles puede darse en la fijación de montos, en las formas de pago o en las exoneraciones. El cobro de aranceles, las donaciones o la transferencia de fondos desde entidades financieras generan los fondos propios. El control sobre estos fondos se establece a partir de la capacidad de gasto de estos recursos y las opciones de decisión hacia donde destinarlos.

La *función de organización de servicios* se refiere al grado de control y opciones de decisión (grados de libertad) de las instancias locales, sobre la manera en que se utilizan los diferentes recursos para producir servicios de salud en las instituciones prestadoras. Esta función se integra a partir del grado de autonomía y el control sobre los siguientes aspectos organizacionales:

- a. Control sobre los bienes: concierne a la propiedad y administración de las instalaciones edilicias, así como de los equipos e instrumentales utilizados para la provisión de servicios de salud;
- b. Control sobre los programas: corresponde al grado de participación en la elaboración de programas y en los criterios utilizados para implementarlos como una respuesta a la necesidad local. También explora la capacidad del nivel local para diseñar e implementar otros programas;
- c. Control sobre las normas de funcionamiento: se refiere a las disposiciones que establecen procedimientos, responsabilidades, cronogramas y horarios para la provisión de servicios de salud. En este punto, se identifica a la instancia que determina estas normativas y si el nivel local tiene alguna participación en dicha determinación;
- d. Control sobre la oferta de servicios: compete al tipo de servicios prestados, ya sea en el ámbito preventivo como curativo. Se explora la manera en que el nivel local tiene opciones de decisión para seleccionar y proveer un tipo determinado de servicio;

- e. Control sobre el suministro de insumos: corresponde al control de productos medicinales (drogas y descartables), artículos de limpieza, combustible o artículos de oficina;
- f. Control sobre manejo de información (datos epidemiológicos y datos del servicio): atañe a la capacidad local de los directivos de salud de disponer y utilizar información para la toma de decisiones.

La *función de gestión de recursos humanos*, se refiere al control y opciones de decisión sobre los recursos humanos, es decir, la capacidad de la instancia local para decidir sobre las siguientes cuestiones:

- a. Establecer la cantidad necesaria del personal: pertenece a los recursos humanos que son necesarios para cumplir las metas o satisfacer las necesidades de atención de la población.
- b. Control sobre los procesos de selección e incorporación del personal: se ocupa del control de la capacidad para contratar profesionales o personal de apoyo de manera transitoria o permanente.
- c. Control sobre los procesos de movilidad: se hace responsable de la capacidad de decidir sobre traslados entre establecimientos o bien, entre distintas dependencias o funciones del propio establecimiento.
- d. Control sobre funciones asignadas: verifica la capacidad de decidir sobre las actividades específicas y el área donde el personal desempeñará estas funciones.
- e. Control sobre salarios e incentivos: se centra en el control de remuneraciones, sea por categorías o por metas alcanzadas.
- f. Control sobre sanciones y desvinculación: se focaliza en la capacidad local para aplicar sanciones administrativas o decidir sobre el despido del personal, siguiendo procedimientos establecidos y normas.

La *función de reglas de acceso*, atañe a la capacidad de las autoridades locales para identificar a las poblaciones prioritarias que requieren servicios de salud específicos, con base a criterios de focalización. Esta función puede entenderse también como el grado de esfuerzo que se realiza para focalizar los recursos hacia el sector más necesitado o vulnerable de la comunidad, que puede ser impulsado por instancias centrales o bien a nivel local. Esta función puede integrarse considerando las siguientes cuestiones:

- a. Control local para identificar a la población más vulnerable.
- b. Control local para facilitar el acceso de poblaciones específicas, tales como pobres, personas de tercera edad, personas con capacidades diferentes, indígenas, mujeres y niños.

La *función de reglas de dirección*, se refiere al grado de ajuste de las decisiones respecto a las preferencias y necesidades locales. Dicha función parte del supuesto de que cuanto mayor es el grado de control a nivel local, mayor es la concordancia con las preferencias locales y, por consiguiente, con sus necesidades.

La *función de reglas de dirección*, puede integrarse considerando los cuatro aspectos que a continuación se explican.

- a. La capacidad local para rendir cuentas. Al explorar la rendición de cuentas, además de evaluar la transparencia, se identifican las instancias ante las cuales se realiza esta rendición, así como la capacidad de las instancias locales para exigir o solicitar a los directivos la realización de la misma.
- b. La capacidad local para designar a los directivos. La dirección del establecimiento, se refiere al grado de control local sobre los directivos de la entidad de prestación de servicios de salud. Este control se determina a través de la caracterización de la subordinación de los directivos y de la capacidad de la instancia local de nombrar o destituir a los mismos.
- c. La capacidad de los directivos locales para planificar, fijar y controlar metas. La planificación es una función esencial de la administración conjuntamente con la organización, la dirección y el control.
- d. La capacidad local para contrarrestar influencias partidarias en la toma de decisiones, lo que permite valorar la autonomía de la toma de decisiones.

Un tema de máxima importancia es dar cuenta de cuáles son los usos de la centralidad y la descentralización. Aunque los indicadores de ejecución (*performance* o desempeño) no son objeto específico de este estudio, el modelo propone que la ampliación de los espacios de decisión, puede influir en los siguientes aspectos del sistema de salud.

- a. Equidad: cambios en la cobertura de programas de seguros, cambios en gasto *per cápita*, cambios en fuentes de ingreso local vs. nacional, porcentaje de población meta identificada (v.g. con registros), cambios en la utilización por estratos socioeconómicos.
- b. Eficiencia: cambios en la productividad hospitalaria, cambios en la tasa de ocupación de camas y duración de la estadía.
- c. Calidad: cambios en la tasa de infección hospitalaria, cambios en la cobertura de vacunación y bajo peso de nacidos, cambios en la satisfacción de los pacientes.
- d. El grado de participación comunitaria mide el grado de democratización del sistema a nivel local. Ésta queda definida a partir de las reglas de integración de los consejos de salud, sus atribuciones y la participación de otras organizaciones comunitarias de salud en la localidad.

Por otra parte, la descentralización no constituye simplemente una omisión de las autoridades centrales del Principal - Agente, de su responsabilidad en el logro de los objetivos de salud, aunque modifique los medios por los cuales se obtienen estos logros. El sistema simple de disciplina u órdenes se complejiza con un sistema de incentivos positivos (premios) y negativos (sanciones), tanto individuales como institucionales. De esta manera, el Principal Agente, en forma no directa, vela por el cumplimiento de las metas.

El Principal hace uso de incentivos que pueden ser económicos, destinados a las municipalidades y departamentos, a hospitales u otras instancias regionales o distritales, consejos de salud, dispensarios, etc. Éstos pueden ser provistos con mayores recursos o no. También, puede implementar incentivos económicos para funcionarios y directivos, como becas promoción profesional, entre otras. Por otro lado, puede dar incentivos no económicos para departamentos y municipalidades, tales como mayor asistencia técnica o mayores competencias; e incentivos no económicos para funcionarios y directivos, reconocimientos por logros, provisión de mayores competencias. Todos estos incentivos pueden ser formales o informales y pueden ser no éticos o legales.

Las sanciones (incentivos negativos) pueden ser la reducción de competencias por fallas en el logro de los objetivos, o sanciones más fuertes, como intervenciones, despidos, suspensión o cancelación de programas y proyectos.

El modelo de Principal - Agente y la literatura sobre capital social, dan énfasis a la importancia del monitoreo mutuo. La información genera una relación más simétrica entre el Principal - Agente y los Principales Locales, en la prosecución de bienes públicos y recepción de incentivos, lo que implica un control y chequeo mutuo.

Los escenarios prospectivos deben estudiar el efecto de los espacios de decisión en la determinación de innovaciones. El efecto del control central a través de incentivos y sanciones en las opciones locales, explica que en unos casos sean implementadas innovaciones y, en otros, ello no tenga lugar.

Se observó que en muchos casos las políticas y situaciones de descentralización cambian en forma no lineal y continua. Hay idas y vueltas entre descentralización y centralización, según los resultados, los intereses, los recursos, etc. Esta prospectiva debe ser tomada en cuenta.

Se esperaría que la descentralización ofreciera oportunidades para mejorar el desempeño del sector de la salud en varias formas, como las siguientes: 1) mayor eficiencia distributiva a través de la adaptación en la combinación de servicios y gastos, según las preferencias de los usuarios locales; 2) mayor eficiencia productiva a través de una mayor conciencia del costo en el ámbito local; 3) innovación en la prestación de servicios a través de la experimentación y la adaptación a las condiciones locales; 4) crecimiento de calidad, transparencia, responsabilidad y legitimidad, debido a la participación y la

observación del usuario en la toma de decisión; y 5) mayor equidad a través de la distribución de los recursos hacia regiones y grupos tradicionalmente marginados.

Al mismo tiempo, han surgido dudas acerca de la potencial desestabilización macroeconómica y el agravamiento de las disparidades interregionales en la riqueza y la capacidad institucional, como resultado de la descentralización. Las comunas más poderosas pueden beneficiarse con la descentralización a costa de las menos poderosas.

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA VALORAR LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD Y SUS TENDENCIAS

Universo y muestra

La población en estudio corresponde a personas relacionadas en la toma de decisiones, en distintos procesos de las funciones de espacios de decisión en la descentralización o desconcentración del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Éstos fueron identificados mediante un mapeo de actores y los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- a. Directores y profesionales de salud con jefatura o responsabilidad en la gestión de direcciones regionales, hospitales regionales y hospitales distritales.
- b. Directores y profesionales de salud de centros de salud y unidades de salud de la familia.
- c. 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.

Con estos criterios se incluyeron en el estudio a informantes claves de 15 direcciones regionales, 15 hospitales regionales, 39 hospitales distritales, 10 centros de salud, 8 unidades de salud familiar y a 54 consejos de salud.

En cada establecimiento, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, fueron incluidos al director general, a otros dos directores de nivel y a un profesional con responsabilidad de gestión. En los consejos de salud se incluyeron a tres integrantes.

Esta muestra por conveniencia tiene 510 informantes claves, que respondieron un cuestionario sobre el poder que tienen los Agentes locales en relación al Principal, para decidir sobre funciones de gestión de servicios de salud.

Tabla 1
Distribución de la muestra según establecimientos y categoría de informantes claves

Establecimiento	N°	Informantes claves	N° de Entrevistas
Hospital Regional	15	1 director general, 2 directores de nivel, 1 técnico	60
Hospital Distrital	39	1 director general, 2 directores de nivel, 1 técnico	156
Centro de Salud	10	1 director general, 2 directores de nivel, 1 técnico	40
Unidad de Salud Familiar	8	1 director general, 2 directores de nivel, 1 técnico	32
Consejo Local de Salud	39	1 intendente, 2 personas que conforman el consejo	117
Consejo Departamental de Salud	15	1 gobernador, 2 personas que conforman el consejo	45
Dirección de Regiones Sanitarias	15	1 director general, 2 directores de nivel, 1 técnico	60
TOTAL			510

También se realizaron 50 entrevistas en profundidad a actores de conducción política y sociedad civil. El levantamiento de datos se realizó entre setiembre y diciembre de 2015. El cuestionario y la guía de entrevistas se presentan en el Anexo I y Anexo II, respectivamente.

Definiciones operativas

Las variables en cada función fueron las siguientes:

- Gestión o administración de recursos financieros. Se observó el poder de decisión para elaborar, gastar, priorizar e incorporar inversiones en el presupuesto; y, en la administración de recursos humanos, el poder de decisión para incorporar, distribuir horarios, trasladar, sancionar, despedir o incentivar a los funcionarios.
- Gestión de servicios mediante la dirección. Se consideró el poder para designar directores, planificar, establecer metas y controlarlas, rendir cuentas y contrarrestar las influencias partidarias en sus decisiones; en la función de organización y servicios se estudió el poder de decisión para mejorar la calidad, asignar tareas, proveer servicios prioritarios para la comunidad y utilizar información para tomar decisiones.

- c. Función reglas de acceso. Se observó el poder de decisión para identificar a la población más vulnerable, mejorar el acceso de la población indígena, pobres, personas con discapacidad, de la tercera edad, mujeres y niños.
- d. Función de participación social: Se centró en la capacidad para planificar, mejorar la calidad, en actividades de promoción de la salud y de prevención, en situaciones de emergencia y en la rendición de cuentas.

Las preguntas fueron referenciadas para el escenario actual, correspondiente al año 2015 y para escenarios tendenciales al 2018 y 2023. También se preguntó sobre un escenario óptimo posible.

El Principal fue definido como el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), que incluye al ministro y su gabinete, al viceministro y su gabinete y a los directores generales y a subalternos inmediatos.

En el marco de un proceso de desconcentración, los Agentes fueron definidos como: directores de regiones sanitarias, hospitales, centros de salud, unidades de salud familiar y miembros integrantes de consejos de salud.

Procedimiento de análisis

Para estandarizar las respuestas obtenidas a partir de las entrevistas realizadas, se utilizó una escala de Likert de 1 a 4. El mínimo poder de decisión fue 1 y el máximo poder de decisión 4.

Los resultados fueron procesados para describir la distribución de frecuencias y las proporciones. Se calculó el total de puntos en cada respuesta para cada componente de la función, con relación a los puntos máximos posibles. Esta proporción indica el desempeño del espacio de decisión (DED) para cada componente.

Para calcular el DED se utilizó la siguiente fórmula:

$$100 \times ((n \times 1) + (n \times 2) + (n \times 3) + (n \times 4)) / (N \times 4)$$

En donde: n es la nota que cada encuestado da a cada característica. N es la suma de las características evaluadas. Los números 1, 2, 3, 4 son las notas posibles asignables.

Se asumió que cada componente posee el mismo peso relativo que los demás. Los espacios de decisión fueron categorizados como mínimos, incipientes, moderados y máximos, que se corresponden con la escala utilizada.

Para traducir los puntajes de Likert a estas categorías se tomó una amplitud de 18,75, con valor mínimo de 25. Con 100 de valor máximo, el rango fue de 75 con 4 intervalos que se corresponden con la escala utilizada en el cuestionario.

EL PROCESO POLÍTICO Y NORMATIVO DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN EL PARAGUAY

Avances y desafíos en la descentralización del Sistema Nacional de Salud

La descentralización del Estado forma parte de la agenda política del Paraguay desde la reforma constitucional de 1992, que declaró que este es un país unitario y descentralizado.

Como algunos asimilaron el término ‘unitario’ con ‘centralizado’, la definición de unitario y descentralizado pudo resultar una aporía. Pero, desde el punto de vista teórico, en varias acepciones hay tipos de descentralización que no implican “devoluciones”, en las cuales sí hay una transferencia de poder real desde el gobierno nacional hacia los sub-nacionales.

Los cambios más notables en el proceso político y jurídico de descentralización, sobrevinieron con la promulgación de la Constitución del 1992. En este contexto, se crearon las gobernaciones (gobiernos departamentales), cuyas autoridades (legislativas y ejecutivas) serían electas por sufragio universal a partir de entonces. Esto creó, a su vez, una ciudadanía departamental y un poder local con doble función, ya que, por un lado, el gobierno local representa al ejecutivo nacional y, por otro lado, representa a la ciudadanía local (Giménez, 2012).

Otro cambio fundamental de la descentralización, fue la asignación de nuevas atribuciones a los municipios, cuyos gobiernos -ejecutivo y legislativo- son electos mediante el sufragio (anteriormente eran electos sólo los concejales y no los intendentes). Además, la Constitución atribuyó al Municipio la potestad de recaudar contribuciones inmobiliarias, lo que aumentó su autonomía financiera.

La descentralización sectorial, en este contexto, se ha desarrollado principalmente en tres ámbitos diferentes, cada uno con diferente grado y alcance. Ellos son:

- a. El ámbito institucional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), como parte de una reorganización y modernización que corresponde a una desconcentración administrativa, delegación y en ocasiones tercerización de servicios.

- b. El ámbito de los consejos de salud, como espacio de participación y articulación intersectorial del sistema de salud. Los consejos nacionales de salud, los regionales y locales, fueron creados mediante la Ley 1032, que dio lugar al Sistema Nacional de Salud.
- c. El ámbito sub nacional de gobernaciones y municipalidades, como parte de la descentralización política del país. En este ámbito se crearon secretarías de salud y direcciones de higiene y salubridad.

Estos procesos no fueron uniformes, ni complementarios. Tampoco fueron continuos en el tiempo. En la última década se han sucedido etapas distintas del proceso de descentralización, influidas por la voluntad política, la visión de las autoridades y el incremento en el grado de apropiación de los propios ciudadanos y actores locales del sistema de salud.

En la medida que el poder político se ha ido consolidando a nivel local y regional, las autoridades y las organizaciones han generado mayor presión sobre el Gobierno central para conducir más recursos hacia sus comunidades y para influir en sus decisiones (Giménez, 2012). Pero, lo cierto es que el poder y los recursos económicos siguen, en gran medida, centralizados y no se ha logrado un consenso técnico ni político, para instalar un proceso de transferencia a gran escala a los gobiernos departamentales y municipales.

A continuación se describen los aspectos más resaltantes en la desconcentración administrativa del MSPBS, la participación social en los consejos de salud y la descentralización política hacia las gobernaciones y municipalidades.

Los procesos de descentralización en el ámbito del Ministerio de Salud

En el marco de una reforma institucional de organización y gestión, el MSPBS ha desarrollado una serie de procesos, que pueden ser enmarcados conceptualmente como procesos de desconcentración, delegación y tercerización.

La desconcentración administrativa del Ministerio de Salud se verifica fundamentalmente bajo dos formas: una, que podría categorizarse como *funcional en el ámbito administrativo*, correspondiente con la transferencia de responsabilidades a diferentes dependencias para ejecutar procesos de administración del presupuesto; y otra, *de organización territorial*, que concierne a las regiones sanitarias y, más recientemente, a las áreas sanitarias y territorios familiares o sociales de salud.

Las competencias administrativas transferidas, consisten en la capacidad de elaborar planes operativos anuales, presentar anteproyectos de presupuestos anuales y

realizar procesos para la ejecución del presupuesto, según las directrices emanadas del nivel central. “Centralización normativa y descentralización operativa”, ha sido eslogan de la administración pública para impulsar este modelo de administración pública.

Cada año, las distintas dependencias del MSPBS presentan su Plan Operativo Anual (POA) -más recientemente denominado Plan Operativo Institucional- de actividades y metas. Este plan es consolidado a nivel central y presentado al Ministerio de Hacienda.

Esta programación debe enmarcarse en la Política o Plan Nacional de Salud y en el Plan Nacional de Desarrollo, directriz que ha estado vigente, al menos, en los dos últimos periodos de gobierno.

Las distintas dependencias del MSPBS deben presentar informes sobre el cumplimiento programático del POA para, eventualmente, recibir directrices del nivel central y realizar ajustes en la ejecución, si fuese necesario. Este plan operativo tuvo un enfoque eminentemente administrativo, y sólo recientemente se ha introducido el enfoque de la planificación por resultados.

El proceso de aprobación del presupuesto anual de gastos pasa, al menos, por tres grandes procesos:

- a. Consolidación de los requerimientos en el MSPBS, de acuerdo a las prioridades institucionales y los topes financieros de los escenarios mínimo y máximo, fijados por el Ministerio de Hacienda.
- b. Consideración y ajuste de los presupuestos, de diferentes instituciones, en el Ministerio de Hacienda.
- c. Tratamiento y aprobación de la Ley de Presupuesto en el Congreso Nacional.

Anualmente, el nivel central del Ministerio de Salud solicita a sus distintas dependencias la remisión de los requerimientos presupuestarios para el año siguiente. La elaboración de los requerimientos presupuestarios, queda a cargo de las distintas dependencias, con distintos grados de participación de las direcciones de Regiones Sanitarias. Sin embargo, en términos prácticos, éste es un proceso poco participativo y, generalmente, con un enfoque predominantemente administrativo. Ello se debe a que el margen de variación permitido por los topes financieros es muy reducido y la propuesta de elaboración de presupuesto con “base cero”, no es más que un enunciado.

A nivel central, a veces en coordinación con otros niveles y dependencias, se definen los nuevos proyectos para el siguiente año. Éstos se evalúan y, eventualmente, se integran al proyecto de presupuesto institucional, en una comisión *ad hoc* conformada anualmente. El proyecto así definido, se remite al Ministerio de Hacienda y

empieza un proceso de ajustes en un espacio de negociación, que tiene al menos dos ámbitos:

- a. El equipo técnico del Ministerio de Hacienda y el Gabinete de Ministros. En este espacio de negociación participa, de manera exclusiva, el nivel central. Esta etapa ejecutiva de estudio del presupuesto anual, culmina cuando el Ministerio de Hacienda hace llegar al Congreso Nacional, el proyecto de presupuesto correspondiente
- b. En el Congreso Nacional, el presupuesto es revisado por la Comisión Bicameral de Presupuesto. Generalmente, esta comisión convoca al ministro de Salud y directores para exponer los avances logrados con la ejecución del presupuesto vigente y los planes a ser ejecutados con el presupuesto en estudio. Esta etapa es de *lobby* parlamentario, que se da a nivel de dos espacios: uno formal, donde interactúan las autoridades del Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda con los parlamentarios; y otro informal, ocupado por actores locales y regionales, que pueden ser autoridades del sector público, grupos organizados o sectores con poder de incidencia sobre sus parlamentarios locales o sobre otros parlamentarios¹.

Estos procesos dan como resultado un presupuesto anual aprobado, que no siempre se ajusta a lo planificado originalmente por el MSPBS. Por otro lado, en estos presupuestos se ha detectado que los requerimientos originales de los establecimientos y regiones sanitarias, no siempre son incorporados siguiendo criterios de priorización.

El presupuesto aprobado se divide en programas de acción, de inversión y administración. En cada uno de los programas, se distinguen las partidas presupuestarias asignadas a cada dependencia por objeto de gasto, independientemente que éstas o el nivel central ejecuten el presupuesto.

La ejecución del presupuesto está coordinada por la Dirección General de Administración y Finanzas del MSPBS. Entre el 2008 y el 2013, se introdujeron medidas administrativas por medio de resoluciones ministeriales para desconcentrar la gestión del presupuesto. Se estructuraron cinco Unidades Operativas de Contrataciones (UOC), y 42 Sub Unidades Operativas de Contrataciones (Sub UOC), con competencias parciales para llevar adelante procesos de contratación de bienes y servicios.

Esta desconcentración administrativa, aunque mantenía una alta burocracia, ha agilizado en gran medida la gestión desconcentrada del presupuesto público. Pero, a partir del siguiente periodo de gobierno, iniciado en agosto del 2013, se instaló un cambio de política administrativa institucional y volvió a centralizarse la mayoría de

1 Este es un espacio de incidencia que aún no han ocupado los consejos de salud. El antecedente del poder potencial de incidencia de los consejos de salud en el parlamento, es la aprobación de la Ley 3007 del año 2006. Tomas Bossert, en su modelo de espacios de decisión, identifica a los espacios informales como ámbitos que pueden tener gran influencia dentro del sistema.

los procesos de gestión del presupuesto, sobre todo aquellos sujetos a la Ley 2051 de contrataciones públicas.

Otro aspecto a considerar en la desconcentración del MSPBS es la reorganización territorial en Regiones Sanitarias, áreas sanitarias y territorios familiares o sociales de salud.

En concordancia con la organización política del país, el Ministerio de Salud ha estructurado estas dependencias regionales que corresponden a los 17 Departamentos y la Capital (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Resolución SG 463/1998 y Presidencia de la República, Decreto 4674/1999). Ellas son dirigidas desde el nivel central por la Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias, dependiente a su vez de la Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios de Salud.

La designación del director regional, cargo de confianza, es potestad del Ministro de Salud. Pueden darse espacios no formales, donde las autoridades departamentales y municipales tengan cierto grado de incidencia en esta designación.

Las Regiones Sanitarias tienen por función la implementación de programas nacionales de salud y la coordinación de la red asistencial en el territorio departamental, en todos los niveles de atención del departamento: puestos y centros de salud, hospitales distritales y el hospital regional.

Cada una de las Regiones Sanitarias cuenta con una sede regional que se organiza bajo una dirección, de la cual depende una serie de departamentos del área técnica y administrativa. Poseen presupuesto propio (discriminado para cada región sanitaria en la ley anual de presupuesto, en todos los objetos de gastos).

Entre el 2008 y el 2013, se impulsó desde el gobierno las “Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad”. Dichas políticas están basadas en principios y valores de la Atención Primaria de la Salud (APS, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2008). Para aumentar la cobertura de los servicios de salud, se proponía la instalación de Unidades de Salud Familiar (USF) con un alcance territorial denominado territorios de salud familiar o territorios sociales de salud. Estas unidades estarían integradas por 3.000 personas aproximadamente. Asimismo, se planteaba la creación de hospitales básicos y centros ambulatorios de atención para áreas de salud, con una población aproximada de 50 mil personas y la organización del sistema en redes integradas de servicios de salud (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Resolución SG 613/2012).

La implementación avanzó hasta la instalación de 750 USF de unas 1.800 proyectadas. En la Política Nacional de Salud para el periodo 2013-2018, se mantuvo el enunciado de construir un sistema organizado en redes integradas de servicios de salud, basados en APS que buscaba también la universalidad del sistema (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Resolución SG 612/2015).

Otro elemento para analizar es la tercerización de competencias del MSPBS. A partir del 2008, este Ministerio impulsó un proyecto de prestaciones externas sistémicas, consistentes en la contratación en el sector privado para proveer servicios de diálisis, realizar trasplantes y prestar atención de alta complejidad para adultos y niños. Estas contrataciones fueron inicialmente por medio de convenios y, posteriormente, bajo una modalidad combinada de convenios y contrataciones públicas.

El Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT), es la entidad responsable de incluir a las personas en una lista de espera para realización de trasplantes, procurar órganos de donación y garantizar la disponibilidad de un equipo competente de profesionales que puedan intervenir en todo el proceso del trasplante. Por medio de diversos criterios, esta entidad seleccionó establecimientos privados para que, en sus instalaciones y con profesionales habilitados para el efecto, realicen los distintos tipos de trasplantes requeridos (mayoritariamente trasplantes renales). Para ello, se requería la selección y preparación adecuada de los pacientes. Todo el proceso de atención tenía un costo estandarizado fijado en el convenio.

Para la contratación de camas de terapias intensivas, se ha establecido un protocolo aplicado por la Dirección General de Desarrollo de Redes y Servicios de Salud, a través de la Dirección de Coordinación de Terapias Intensivas. Este protocolo establece que, una vez que se determine la necesidad de ingreso de un paciente a una unidad de cuidados intensivos, la coordinación, por medio de un sistema de referencia, evaluará en primer término la disponibilidad de camas dentro del sector público. En caso de no contar con camas disponibles, se hará uso del convenio existente entre el MSPBS y la Asociación de Sanatorios Privados. En el convenio, se fijan parámetros de costos y los mecanismos de pago, así como los mecanismos de supervisión. Además del convenio, en el 2010 se inició un llamado a licitación para adjudicar estos servicios hasta un costo tope.

Con algunas modificaciones, la tercerización de estos servicios continuó en el siguiente periodo de gobierno instalado desde agosto del 2013.

Como ejemplo de delegación de competencias, se puede mencionar el caso de la regulación de profesionales médicos mediante los procesos de certificación y recertificación. Esta es una competencia del MSPBS, establecida en el Código Sanitario (1980); pero, a través de un convenio renovado en el 2008 con el Círculo Paraguayo de Médicos (CPM), se delega esta competencia a esta asociación de profesionales.

Según este convenio, el CPM tendrá a su cargo la certificación y recertificación de especialidades médicas, como parte de los requisitos requeridos para el ejercicio profesional de dichas especialidades en todo el territorio nacional. Por otra parte, el MSPBS habilitará el ejercicio profesional de las especialidades médicas así certificadas.

Espacios de participación y articulación intersectorial

El aspecto más resaltante del proceso de descentralización en el sector salud de Paraguay, se ha desarrollado, hasta el momento, en torno a los consejos de salud.

La Ley 1032 del año 1996 “Que crea el Sistema Nacional de Salud”, establece la creación de los consejos de salud a nivel nacional, regional (departamental) y local (municipal) con el fin principal de *“Impulsar el Sistema Nacional de Salud, mediante la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional, regional y local, en directa relación con las prioridades detectadas en las diversas áreas de acción sanitaria, y asegurar a toda la población la atención integral y solidaria en calidad y equidad”*.

Según esta ley, el sistema tendrá como *“mecanismo administrativo básico, la descentralización de funciones y responsabilidades a través de redes regionales y locales, con el fin de garantizar la accesibilidad, la coordinación y la complementación de los servicios”* y además implementará *“la participación en el accionar sanitario de los actores del Sistema, a través de los Consejos: nacionales, regionales y locales así como en la propuesta y elaboración de planes y programas estratégicos”*. Establece además que el mecanismo será el de convenios, contratos y complementación de recursos con los municipios y gobiernos departamentales.

El Decreto presidencial 19.996 del año 1998, reglamenta *“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”*.

Según este decreto, se entiende por *“Descentralización Administrativa Local en Salud, la delegación de funciones y recursos que compete a la Administración Central y Departamental en cuanto a la fiscalización del proceso de gestión, la planificación local y priorización programática de las actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, el gerenciamiento de los servicios, control del personal, ejecución presupuestaria, coordinación social, así como la transferencia temporal de los recursos financieros, económicos y físicos al Gobierno Municipal para que por intermedio del Consejo Local de Salud sea responsablemente administrado, bien utilizado y potenciado en beneficio de la población, en especial, de los carenciados y de escasos recursos”*. 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.

El funcionamiento de los consejos de salud, nacional, regionales y locales, está reglamentado por el decreto 22.385 de 1998. En este decreto se establecen aspectos relacionados al quórum, mecanismo de voto, mecanismos de articulación entre los consejos de salud y funciones de las mesas directivas, secretarías técnicas y comité

ejecutivo de los consejos de salud en sus tres niveles, es decir, nacional, regional y local.

Ley 1032/96
El Consejo Nacional de Salud está integrado
por un representante de las siguientes instituciones:

1. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
2. Ministerio de Hacienda.
3. Ministerio de Educación y Culto (hoy Ministerio de Educación y Cultura).
4. Comisión de Salud Pública de la H. Cámara de Diputados.
5. Comisión de Salud de la H. Cámara de Senadores.
6. Secretaría Técnica de Planificación.
7. Facultad de Ciencias Médicas.
8. Facultad de Odontología.
9. Facultad de Enfermería.
10. Facultad de Ciencias Químicas.
11. Instituto de Previsión Social.
12. Asociación de Sanatorios y Hospitales Privados.
13. Consejo de Gobernadores.
14. Organización Paraguaya de Cooperación Intermunicipal.
15. Asociación de Juntas Departamentales.
16. Círculo Paraguayo de Médicos.
17. Círculo de Odontólogos del Paraguay.
18. Federación de Químicos del Paraguay.
19. Asociación Nacional de Enfermeras.
20. Centrales Sindicales.
21. Centrales Patronales.
22. Trabajadores de la Salud.
23. Corposana (hoy ESSAP).
24. Senasa.
25. Sanidad Militar.
26. Sanidad Policial.
27. Organizaciones No Gubernamentales.
28. Organizaciones Campesinas a Nivel Nacional.

El Consejo Nacional de Salud (CNS) es un espacio de coordinación y articulación intersectorial del sistema donde se busca, de manera expresa: *“la coordinación, consenso y participación interinstitucional del sector público y privado de salud”*. Está presidido por el Ministro de Salud e integrado por representantes de instituciones públicas y privadas, universidades, gremios y sociedad civil.

El Consejo Nacional de Salud está conformado por la reunión de sus miembros y presidido por una Mesa Directiva, cuya presidencia es ocupada por el Ministro de Salud. Las funciones principales de esta instancia directiva, se orientan al tratamiento de asuntos estratégicos y políticos, así como de programas de salud y su financiamiento. Cuenta con una Secretaría Técnica que se ocupa de las documentaciones y registros del Consejo.

El Comité Ejecutivo Nacional tiene la responsabilidad de conducir y normar el funcionamiento del SNS, por medio de la implementación del Plan Nacional de Salud. Este comité está presidido por el Ministro de Salud (pudiendo delegarlo al Vice-ministro) y está conformado por el Presidente del IPS, un representante de la Secretaría Técnica de Planificación², del Ministerio de Hacienda, de las entidades médicas privadas, de las gobernaciones y de las municipalidades.

La Ley establece que este comité debe ser asistido por un Gabinete Técnico Asesor, aprobado por el CNS. Dispone que el comité ejecutivo organizará tres direcciones ejecutivas: la Superintendencia de Salud, la Dirección Médica Nacional y la Dirección del Fondo Nacional de Salud.

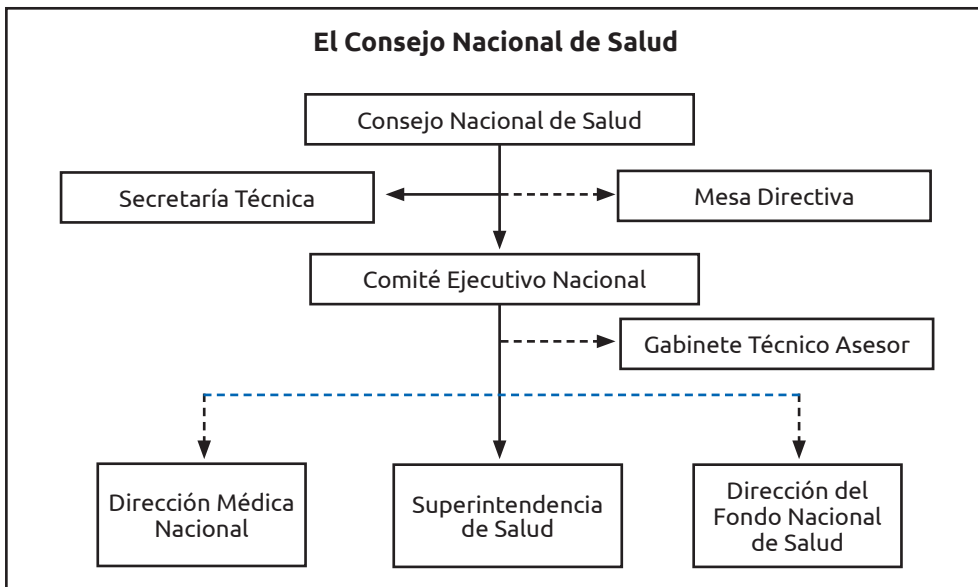
Hasta el momento, sólo se ha estructurado la Superintendencia de Salud, que tiene a su cargo la acreditación y el control de calidad de los servicios ofrecidos por el sistema de salud y opera mediante una ley especial.

Cuando se conformen las otras dos direcciones ejecutivas mencionadas, la Dirección Médica Nacional tendrá a su cargo la integración de un equipo técnico, para diseñar las normas de funcionamiento y la gerencia del sistema de salud³. Por su parte, el Fondo Nacional de Salud tendrá a su cargo el desarrollo de la política de financiamiento sectorial, así como la organización y administración del Seguro Médico Nacional que deberá ser creada por una ley complementaria.⁴

2 Consejo Nacional de Salud

3 Desde una perspectiva de REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD - RISS, la Dirección Médica Nacional debería ocuparse de los siguientes atributos: mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios; un sistema de gobernanza único para toda la red; sistema de información que integra a todos los miembros de la red; gestión por resultados.

4 Para el desarrollo de la RISS (basado en una renovada APS y de servicios integrales) deben ser definidos un “conjunto integral de prestaciones de servicios” para cada etapa del ciclo de vida. Esta definición, así como los niveles y establecimientos donde deben ser proveídos para una población determinada, orientarán la reforma organizacional y funcional del sistema.



Los consejos regionales y locales de salud, tienen el mismo propósito que el CNS; es decir, ellos deben impulsar el sistema de salud, concertar y coordinar de manera interinstitucional la implementación de *Planes Regionales de Salud* y *Planes Locales de Salud*, según el caso. De igual modo, se organizan con una Mesa Directiva y un Comité Ejecutivo (regional y local).

Los consejos regionales de salud, están integrados por los representantes de las instituciones de salud del Departamento correspondiente; y la Mesa Directiva Regional está presidida por la Secretaría de Salud de la Gobernación correspondiente.

El Comité Ejecutivo Regional es presidido por el director regional de salud, designado por el Ministerio de Salud, y conformado por la Secretaría de Salud de la Gobernación, un representante del gremio médico, de los servicios médicos privados y de los usuarios a nivel regional. Actualmente funcionan 11 consejos regionales de salud.

Los consejos locales de salud, tienen alcance municipal. Está presidido por el director de Higiene y Salubridad de la Municipalidad, correspondiente e integrado por las instituciones de salud del municipio. Mientras, la Mesa Directiva Local la preside el director de Higiene y Salubridad de la Municipalidad; el Comité Ejecutivo Local está presidido por el director del Centro de Salud (u hospital distrital, si corresponde) e integrado por representantes de la misma dirección de la Municipalidad, del gremio médico local, del Consejo Local de Salud respectivo y por la Comisión de Fomento Urbano.

El Decreto Reglamentario 19996 establece que *“El Consejo Local de Salud es un organismo de concertación, de coordinación y de participación interinstitucional con énfasis en la programación, ejecución y control del proceso administrativo por delegación contractual del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y del municipio, para el*

desarrollo de planes, programas, proyectos y servicios, bajo la conducción del Comité Ejecutivo Local, como organismo dependiente del Consejo Local de Salud. En síntesis, la participación ciudadana e interinstitucional en el Consejo Local de Salud representa, especialmente, a los usuarios o beneficiarios del sistema local de salud, mientras que el Comité Ejecutivo Local representa a los responsables de la oferta de servicios a la población”.

Los integrantes del Consejo ejercen sus funciones sin remuneración, es decir, *ad honorem*, sean éstos representantes de entidades públicas, privadas o representantes de la sociedad civil.

Los recursos financieros de que puede disponer el Consejo Local de Salud, corresponden al presupuesto del MSPBS, a los recursos destinados por los municipios, gobernaciones, donaciones e ingresos por servicios prestados y otros que puedan ser generados por los consejos locales de salud. Los recursos físicos y tecnológicos corresponden a los establecimientos y equipos de puestos y centros de salud, así como hospitales distritales y establecimientos dependientes de los municipios respectivos.

En cuanto a los recursos humanos, el decreto establece, de manera expresa, que el MSPBS no transferirá el plantel de funcionarios de su dependencia, pero deja a criterio de las instituciones y de los consejos la incorporación de más recursos humanos para su funcionamiento. Los funcionarios de las distintas instituciones que suscriben los acuerdos pueden ser destinados a prestar servicios en un establecimiento de salud, pero en carácter de comisionados.

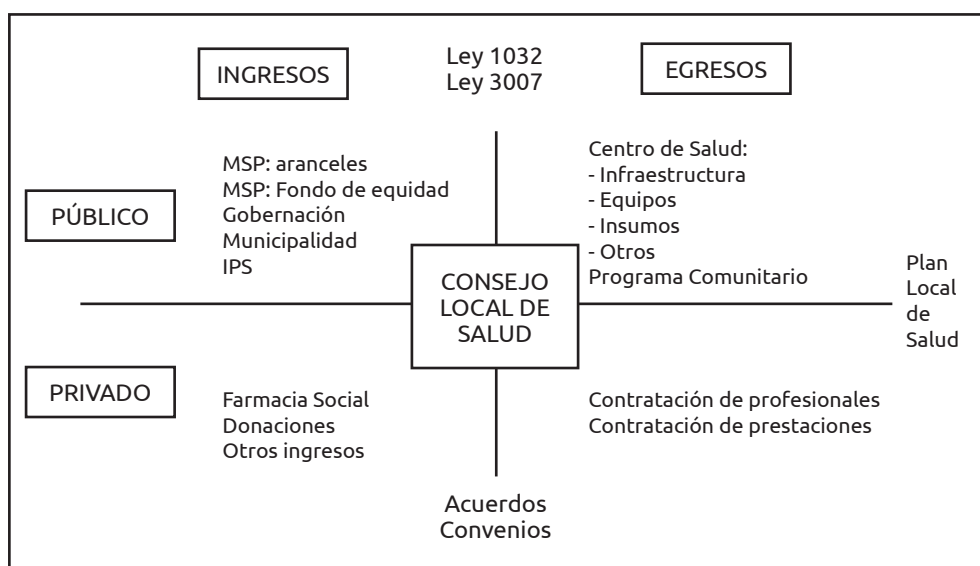
Por otra parte, el Consejo de Salud puede contratar servicios profesionales y éstos deberán regirse por las disposiciones organizativas del servicio, bajo la dirección del establecimiento correspondiente. Los empleados contratados no son funcionarios públicos, sino sus contrataciones corresponden a un acuerdo privado.

También se establece que por medio de la suscripción de un “Acuerdo Contractual de Compromiso para la Descentralización Administrativa Local en Salud”, se transferirán de manera temporal los recursos físicos y tecnológicos del Ministerio de Salud (en la localidad) a la municipalidad correspondiente. Se transfiere el usufructo, no el patrimonio.

La movilización de estos recursos, es para implementar los planes de salud y para complementar los recursos que reciben los establecimientos de salud, a través del flujo financiero. Éste deriva de la ejecución presupuestaria del Ministerio de Salud, sea de manera directa desde el nivel central o por intermedio de las Regiones Sanitarias correspondientes. El marco legal para estas transferencias se sustenta en la Ley 1032, su modificación en la Ley 3007, sus decretos reglamentarios y los acuerdos de descentralización firmados entre las distintas entidades que se articulan a través de los Consejos de Salud.

En especial, la Ley 3007 exceptúa a los Consejos de Salud de la Ley 1535 de “Administración Financiera del Estado”, en lo referente a las donaciones y recursos propios, facultando a los mismos a recibir, administrar y disponer de ellos. La ley establece, además, que el Ministerio de Salud supervisará la utilización de estos fondos, sin perjuicio de que otras entidades constitucionales realicen controles y auditorias.

Los acuerdos de descentralización, establecen un compromiso de transferencia desde las gobernaciones y las municipalidades a los consejos de salud. En el caso de las municipalidades, se especifica la transferencia del 5% de su presupuesto, en tanto que para las gobernaciones, se expresa sólo de acuerdo a sus posibilidades. Estos acuerdos, según sean regionales o locales, están firmados entre el Ministerio de Salud, la Región Sanitaria, el Consejo Regional y la Gobernación; y el Ministerio de Salud, el establecimiento de salud correspondiente, el Consejo de Salud, la Gobernación y la Municipalidad, en el caso de los Consejos Locales.



El diseño de este modelo de descentralización y el marco normativo que hemos señalado, se ha dado en el contexto impulsado por la apertura democrática del país, a partir de 1989 y la reforma constitucional de 1992. Ellos reflejan claramente los objetivos de los actores que consensuaron, bajo ese impulso, tanto la Ley como el decreto reglamentario: a) reformar el modelo de gestión descentralizando hacia las municipalidades; b) consolidar la participación social y generar un espacio para la gobernanza del sistema por medio de los Consejos de Salud; c) articular recursos para desarrollar el sistema de salud; y d) establecer estructuras para la regulación, la gerencia y la protección financiera del Sistema.

Pese a las leyes y acuerdos, el proceso de descentralización no se ha desarrollado tal como se planeó. Fundamentalmente, ha persistido una falta de consenso político y sectorial, al que se podría denominar de segundo orden, ya que el de primer orden

sería el consenso de descentralizar o no. Es decir, ha habido un consenso a mediados de los 90, con una amplia participación, sobre la necesidad de descentralizar el Estado y, en concreto, el sector salud. Sin embargo, lo que ha faltado es el consenso de cómo hacerlo, de los alcances y sus implicancias en la distribución de poder y en cuestiones relacionadas al financiamiento.

Es probable que la crisis política y económica de finales de los 90, haya desplazado de la agenda política a la descentralización y otros temas de relevancia para el sector salud; y, al retomarla en el 2004, se priorizaron más cuestiones instrumentales antes que las de tipo político, que permitiera avanzar en el proceso de reformar y estructurar el Sistema.

Esto es razonable, ya que, en ese entonces, los actores que formaban parte del proceso de descentralización, veían con mayor preocupación las amenazas que podían interrumpir definitivamente el proceso, y tuvieron que postergar la discusión sobre las reformas estructurales que profundizarían el camino iniciado. En consecuencia, el espacio amplio (como posibilidad) de transferencia de recursos, se ha restringido.

A continuación se describen algunos elementos relevantes que sustentan esta conclusión:

- La primera convocatoria del Consejo Nacional de Salud fue en el 2004, es decir, ocho años después de promulgada la Ley y seis años después de los decretos reglamentarios correspondientes. A partir de esa convocatoria, sin embargo, dicho Consejo no ha logrado poner en marcha estas estructuras de manera regular. Ordinariamente, tanto la plenaria como la mesa directiva y el comité ejecutivo, se han reunido poco. En ocasiones, las reuniones sirvieron para la presentación de políticas y planes de gobierno; y, en otras, existieron reuniones extraordinarias en momentos de contingencia, ante ciertos eventos impactantes para el sistema de salud, tales como las epidemias de fiebre amarilla del 2008, la pandemia de influenza del 2009 y de dengue de ese mismo año y durante el 2010.
- De las tres direcciones ejecutivas previstas en la Ley, sólo se ha implementado la de la Superintendencia de Salud.
- En los primeros diez años de vigencia del Consejo de Salud (desde 1998), menos del 20% de los municipios contaban con acuerdos de descentralización vigentes para su funcionamiento, incluido un periodo de no renovación de acuerdos entre el 2000 y el 2004. Recién entre los años 2008 y 2010, la cantidad de Consejos se extendió a más del 80% de los municipios del país.
- En esa misma década, la transferencia de recursos por parte del Ministerio de Salud, se había restringido a la utilización parcial de fondos propios (70%) provenientes del cobro de aranceles, lo cual representaba una pequeña proporción de los recursos utilizados en la comunidad.

- Las gobernaciones y municipalidades, no lograron incorporar de manera expresa un presupuesto para realizar estas transferencias y, por lo tanto, no se cumplió con el compromiso firmado en los acuerdos. Si bien es cierto que las gobernaciones y municipalidades han realizado un gran esfuerzo para poner diferentes recursos en articulación con los recursos provenientes del Ministerio de Salud, hay que señalar que la transferencia financiera ha sido escasa y no se ha podido cuantificar en registros contables. Sin embargo, aunque estos fueran sustanciales, se pierde la posibilidad de que los consejos se constituyan en espacios efectivos para definir prioridades y, por consiguiente, puedan decidir sobre el uso de los recursos transferidos⁵.

Pero en esa primera década de implementación, se han consolidado experiencias que pueden considerarse exitosas como: las farmacias sociales, los procesos de rendición de cuentas, la construcción de planes locales de salud, la participación social en los Consejos de Salud, el desarrollo de herramientas de gestión a nivel local y otros instrumentos administrativos para el funcionamiento de los Consejos de Salud. En este tiempo, algunos consejos han tenido avances más destacados que otros. Un ejemplo destacado es el caso de Fram, que ha podido articular, a través del Consejo, a autoridades locales, departamentales, al IPS, a profesionales del sector privado, farmacia social y hasta un seguro de salud.

Uno de los logros más importantes de este periodo, ha sido acumular una experiencia que logró la validación social de este modelo de participación en salud.

En el segundo semestre del 2008, el Ministerio de Salud determinó la eliminación de todos los aranceles de pago por servicios, como parte de la Política Nacional de Salud 2008- 2013⁶.

La eliminación de estos aranceles, dejó al mismo tiempo sin financiamiento a los Consejos de Salud con acuerdos vigentes en ese momento. Pero, en contrapartida, impulsó una serie de acciones para ampliar y fortalecer el modelo desarrollado con los Consejos de Salud como: a) la creación de una Dirección General de Descentralización; b) la creación de un Fondo de Equidad para la Descentralización de Servicios, a ser transferidos directamente a los Consejos de Salud en sustitución de lo que recaudaban como aranceles y c) la conformación de un Equipo Técnico Nacional para la Descentralización, de carácter intersectorial, para lograr gobernanza en el proceso y definir los lineamientos estratégicos para su implementación.

5 Los aportes, tanto de gobernaciones como de municipalidades, han consistido en facilitar personal para algunas actividades, provisión de combustible, compra de ciertos equipamientos y, en algunos casos, mejoras edilicias.

6 Esta política se ha denominado “Políticas públicas para la calidad de vida y salud con equidad en Paraguay”.

Después de varios encuentros de trabajo entre el Gobierno central (MSPBS) y los Consejos de Salud, se ajustaron los mecanismos para iniciar la transferencia de recursos a los consejos, con acuerdos firmados hasta ese momento. Esto tuvo gran respaldo político y como señal de ello, la primera transferencia se realizó en el Palacio de Gobierno con la presencia del Presidente de la República.

Bajo el impulso del Equipo Técnico Nacional y la consolidación de la Dirección de Descentralización, se inició un proceso de expansión del modelo en todo el territorio. Para finales del 2009, el monto transferido a partir del Fondo de Equidad se había incrementado a más de 23 mil millones y la cantidad de consejos con acuerdos firmados, era de 139. En el 2010, el número de consejos funcionando sumaban 175 y las transferencias superaron los 30 mil millones de guaraníes. Las proyecciones para el 2011 establecieron una meta de conformar 210 consejos y alcanzar una transferencia aproximada a los 40 mil millones de guaraníes. En el 2011 ya se habían conformado más de 200 Consejos de Salud. Para el 2015, todos los distritos del país contaban con un Consejo de Salud y el fondo de equidad para la descentralización estaba en torno al 2% del presupuesto del MSPBS.

Este incremento en el número de consejos, así como de recursos transferidos, hizo necesario el desarrollo de herramientas estandarizadas de formalización, planificación, monitoreo financiero, rendición de cuentas y resolución de conflictos, para avanzar y consolidar el proceso de descentralización en la modalidad de Consejos de Salud. Muchas de estas herramientas fueron desarrolladas con los primeros Consejos de Salud, fundamentalmente en los departamentos de Itapúa, Misiones, Cordillera y Central.

Durante el 2010, el Equipo Técnico Nacional diseñó unos criterios de transferencia de recursos para impulsar la equidad en el sistema. Se incluyeron tres tipos de criterios: a) poblacionales y socioeconómicos; b) de desempeño; c) implementación de programas prioritarios. Además de estos criterios, se definió una serie de requisitos entre los que se incluyó la incorporación de presupuestos aprobados a nivel municipal para ser transferido a los Consejos de Salud. Esta propuesta fue consensuada en un gran encuentro denominado *Tesai Ñembuaty*, en el que participaron representantes de los Consejos de Salud, municipalidades y gobernaciones, así como autoridades del Ministerio de Salud.

Se pueden identificar tres etapas en el proceso de descentralización a través de los Consejos de Salud:

1. Esta etapa se centró en el desarrollo del marco jurídico, que tuvo su momento más destacado con la aprobación de la Ley 1032, que dio lugar a los Consejos de Salud en el marco del Sistema Nacional de Salud. A partir de esta Ley, se crearon los decretos reglamentarios, los modelos de acuerdos que se sucedie-

ron y las modificaciones que introdujo la Ley 3007, para que los Consejos de Salud pudieran administrar fondos.

2. Esta implicó el proceso de instalación del modelo, el desarrollo de herramientas para el funcionamiento de los Consejos de Salud y la consolidación de experiencias exitosas que lograron validar socialmente el modelo, por medio de los Consejos de Salud y las farmacias sociales. Esta etapa tuvo dos momentos críticos que pusieron en riesgo la continuidad del proceso. Uno de ellos evidenció la falta de voluntad política para cumplir los acuerdos y éstos no se renovaron; y el otro, estuvo marcado por la incertidumbre jurídica sobre la posibilidad de que los consejos administren recursos propios del Ministerio. La solución de las crisis ocurridas en ambos momentos, fueron resueltas por los propios Consejos de Salud.
3. Esta etapa estuvo caracterizada por la expansión de los consejos en todo el país y la creación del Fondo de Equidad para la descentralización de servicios.

Todo parece indicar que la siguiente etapa que profundice el proceso, podría ocurrir en dos dimensiones complementarias:

- a. Una, a la que se puede llamar *paramétrica*, relacionada con el desempeño del modelo y la ampliación de la cobertura, la cual requiere sobre todo un esfuerzo de gestión; y
- b. otra, a la que denominaría *estructural*, que implica reformas sustanciales y que requiere sobre todo de acuerdos políticos y consensos sectoriales.

Entre las reformas estructurales posibles están, la descentralización política del sistema nacional de salud, la organización del sistema en redes integradas de servicios de salud, basadas en atención primaria de la salud; y la construcción de un modelo de garantías o de seguro nacional de salud, con reformas al modelo de financiamiento.

Descentralización en Municipios y Gobernaciones

Según la Ley 3.966 o Ley Orgánica Municipal, en materia de salud, higiene y salubridad, las municipalidades cumplen funciones de regulación y control, en relación a la elaboración, almacenamiento y comercialización de comestibles y bebidas, así como de los establecimientos correspondientes. Además, se les asigna la función de prestar servicios de salud, incluidas actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud y la prevención de enfermedades.

Otras funciones asignadas son, la elaboración de planes municipales de salud así como la conformación y coordinación de los consejos locales de salud.

Por otra parte, la Ley establece que las municipalidades no están obligadas a prestar servicios que estén a cargo del Gobierno Central, mientras éste no les transfiera los recursos correspondientes. Estos recursos y responsabilidades se realizarán por medio de un Convenio de Delegación de Competencias.

El marco legal vigente, permite que las municipalidades puedan asumir mayores responsabilidades en el sistema de salud. La descentralización municipal de los servicios, es posible mediante la vigencia de los convenios establecidos en la Ley ya mencionada y el Gobierno Central puede transferir los recursos para implementarla. Sin embargo, en la práctica pocos municipios han logrado ejercer de manera efectiva su rol de regulación y control. En este contexto, sólo tres municipios prestan servicios de salud de manera efectiva:

- En el Chaco, la Municipalidad de Filadelfia tiene un centro de salud que provee atención básica y medicamentos; además, coordina el Consejo Local de Salud, que recibe a su vez transferencia del Fondo de Equidad del Ministerio de Salud.
- En Encarnación, un hospital pediátrico funciona con recursos de la Municipalidad; y, a él está asociada una farmacia social administrada por el Consejo Local de Salud.
- En el Municipio de Asunción, un Policlínico Municipal brinda consulta de diferentes especialidades médicas y odontológicas. En el 2014, aprobó una ordenanza que regula la alimentación en escuelas municipales, apuntando a la regulación para prevenir factores de riesgo, como la malnutrición, el sobrepeso y la obesidad.

Es importante señalar, que las demás municipalidades del país no han desarrollado las competencias de los tres municipios mencionados.

El espacio más amplio de participación de las municipalidades en el sector salud, hasta el momento, constituyen los Consejos Locales de Salud. Ellos están presididos por la mesa directiva, que opera por medio de acuerdos de descentralización con el Ministerio de Salud.

En cuanto a las gobernaciones, cada una de ellas cuenta con una Secretaría de Salud con un presupuesto reducido que, habitualmente, se utiliza para compra de medicamentos o pago por servicios, como parte de asistencia social a personas.

Salvo algunas experiencias, como la de la Gobernación de Central, que cuenta con dispensarios de salud y sub Consejos de Salud, las demás gobernaciones no poseen establecimientos para la prestación de servicios. La mayor participación de ellos en el sector salud, se da con los Consejos Regionales de Salud, presidiendo la mesa directiva correspondiente.

En 1999, la Gobernación del Departamento Central estableció un mecanismo de transferencia trimestral de recursos financieros, de su propio presupuesto, a los Con-

sejos Locales de Salud, para que los utilicen en la ejecución del Plan Local de Salud. Esto constituyó una fuente importante de recursos para financiar conjuntamente los servicios, por parte de los municipios y Consejos Locales de Salud, ya que en ese tiempo éstos debían depositar íntegramente lo recaudado en concepto de aranceles, sin posibilidad de utilizarlos. Esta decisión del gobierno departamental, permitió dar continuidad al proceso de desarrollo de los Consejos de Salud, que se habían iniciado poco tiempo antes.

Entre el 2008 y 2013, tanto la Gobernación como el Consejo Regional de Salud de Itapúa, iniciaron discusiones para la creación de un Fondo Departamental de Salud para financiar un Plan de Aseguramiento Departamental. Este plan incluía una serie de procedimientos básicos y complejos, que podían resolverse con los niveles de complejidad instalados en el departamento.

En otras gobernaciones, se han desarrollado proyectos específicos en coordinación con el Ministerio de Salud. Por ejemplo, en Caaguazú, la Gobernación financió parte del centro de transfusiones; la Gobernación de Alto Paraná construyó un hospital de trauma anexo al hospital regional; y en Concepción se entregó una serie de equipamientos de uso hospitalario, incluido un mamógrafo.

Experiencias diversas como éstas se repiten en varios puntos del país. Pero estas acciones son, más que el resultado de un plan regional de salud, el producto de la voluntad y el contexto políticos. Y, por qué no, del grado de consenso que se logre entre las autoridades del departamento y el gobierno central.

Al igual que las municipalidades, las gobernaciones cuentan con un marco legal que les permite recibir las competencias y recursos para brindar servicios de salud.

Tal como establece la Ley de la Carta Orgánica Departamental *“El funcionamiento de los servicios públicos de carácter nacional en los Departamentos y a cargo de los mismos serán autorizados por la Ley. Estos servicios podrán ser transferidos a la administración departamental conforme a las siguientes previsiones: a) Cuando el Gobernador considere que la administración departamental pueda asumir la prestación de un servicio, oída la opinión de la Junta Departamental, se hará la solicitud al Poder Ejecutivo; b) El Poder Ejecutivo, dentro del término de noventa días de recibida la solicitud, deberá someter a la consideración del Congreso el programa de transferencia del servicio e incluir la transferencia de los bienes de la entidad a favor del Departamento; c) El personal del servicio transferido pasará a conformar el plantel de funcionarios del Departamento, en las mismas condiciones legales existentes en el momento de la transferencia; y, d) Los recursos asignados por el Gobierno Nacional a la prestación del servicio serán transferidos al Departamento, incorporando al Presupuesto Nacional y Departamental las partidas correspondientes”*.

Como puede apreciarse, tanto las municipalidades como las gobernaciones cuentan con un marco jurídico, que les permite recibir desde el gobierno central las atribuciones y recursos para hacerse cargo de los servicios de salud. Pero, a lo largo de estos años no se ha logrado ni el consenso político para avanzar en este camino, ni se han diseñado los instrumentos técnicos para dar los pasos necesarios. En este contexto, las municipalidades y gobernaciones son apenas una pequeña parte del sistema público de salud.

Devolución: el Sistema Nacional de Salud

El cambio del paradigma jurídico liberal se inició con la llamada Revolución de Febrero de 1936, cuyo gobierno estableció la intervención del Estado paraguayo en diversos campos sociales (trabajo, reforma agraria, educación), y, entre ellos, el de la Salud.

Anteriormente, como en muchos países, en Paraguay regía un régimen liberal, donde la salud dependía del financiamiento de las familias y se complementaba con un régimen de caridad, basado en la filantropía pública y privada. El régimen político no había establecido los derechos sociales como derechos ciudadanos en el país, como tampoco lo habían hecho muchos otros países. No se le había asignado al Estado la responsabilidad de garantizar el disfrute de los derechos sociales⁷.

El Ministerio de Salud Pública fue creado en el año 1936, se promulgó la Ley Orgánica de Salud Pública el 15 de junio de 1936, a través del Decreto Ley 2001. Por medio de dicha Ley, se responsabiliza al Ministerio de la organización del servicio sanitario de la República, cuyo objetivo es promover la salubridad general y proveer de asistencia médica a la población en todo el país.

Paraguay ratificó el Código Sanitario Panamericano de 1924, cuyo objetivo era fundamentalmente controlar las pandemias y, más de medio siglo después, promulgó un Código Sanitario (Ley 836/80), que confirió competencias al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en materia de salud y bienestar social. Asimismo, le asignó

7 El conocido trabajo de Marshall, *Clase Social y Ciudadanía*, fue generalizado por algunos seguidores. Según Marshall, en la tradición británica, los derechos *civiles* precedían y conducían a los derechos *políticos*; estos precedieron y desembocaron en los derechos *sociales*. La historia ha sido mucho más variada en el resto del mundo, incluso en Paraguay. Muchos gobiernos concedieron derechos sociales sin reconocer derechos políticos o los cancelaban, como fue el caso en regímenes fascistas de Europa y de los regímenes autoritarios en muchos países no industrializados. El régimen político en estos casos fue (al menos en parte) social, antes de ser democrático o después de haber cancelado la democracia. Cuando los derechos sociales son otorgados sin democracia, no se encuentran universalizados. Se los concede a ciertos grupos para cooptarlos y para evitar la contestación o la oposición, que son normales en una democracia. A diferencia de Gran Bretaña (y muchos países europeos) las historias de los *derechos sociales* y los *derechos políticos* se bifurcan.

responsabilidad en la política nacional de salud y bienestar, la cual debía estar acorde con los objetivos, políticas y estrategias del desarrollo económico y social del país.

El Condigo Sanitario de 1980 se basa ya en otros principios. Y, si bien fue implementado en forma parcial, el gobierno dictatorial adoptó un código que regula las funciones del Estado en el campo de la salud, además de regular las funciones del Estado en lo relativo al cuidado integral de la salud del pueblo y los derechos y obligaciones de las personas en la materia sanitaria (Artículo 1°). Se define un sector salud mucho más amplio, integrado por todas las instituciones, públicas y privadas, que tengan relación con la salud de la población por su acción directa o indirecta (Artículo 2). Atribuye la rectoría al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Artículo 3), así como también la responsabilidad de cumplir y hacer cumplir las disposiciones del Código (Artículo 4). La llamada acción positiva del Estado paraguayo, queda establecida, aunque la práctica de la salud pública está limitada por los recursos del país y la baja fiscalidad.

Después de la democratización, la Constitución de la República del Paraguay de 1992, contempló una mirada mucho más amplia referente al Derecho a la Salud, a través de varios artículos, tales como el 6°, 7°, 68°, 69° y 70°. Lo hace dentro de normas inspiradas en el desarrollo del derecho social, creadas en el siglo XX, y adopta los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se aplican a la salud los principios institucionales del Estado, definidos desde el Artículo 1 de la Constitución Nacional:

“La República del Paraguay [...] Se constituye en Estado social de derecho, unitario, indivisible, y descentralizado en la forma que establecen esta Constitución y las leyes [...] adopta para su gobierno la democracia representativa, participativa y pluralista, fundada en el reconocimiento de la dignidad humana”.

En el Artículo 6 se establece que la calidad de vida será promovida por el Estado, que también se ocupará de fomentar la investigación sobre los factores condicionantes. El Artículo 7, atribuye al Estado regular actividades susceptibles de alteración ambiental y se penaliza el daño ecológico.

El Artículo 68 establece la salud como derecho, y, en algunos casos, la obligación de seguir medidas sanitarias y dice cuanto sigue: *“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la Ley, dentro del respeto a la dignidad humana”*.

El Artículo 69 de la Constitución Nacional, establece un Sistema Nacional de Salud, a ser creado por ley y cuyo objetivo sea la *“concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”*.

“La Ley establecerá programas de bienestar social, mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria” (Artículo 70).

Deslocalización: el Sistema Nacional de Salud y la Atención Primaria de Salud

En cumplimiento de la Constitución Nacional, durante el primer gobierno surgido de la transición, se formuló la Ley 1032/96 que creó formalmente el Sistema Nacional de Salud, para *“posibilitar la plena vigencia del derecho a la salud de toda la población”* (Artículo 1). Con ello se establece, constitucionalmente, una concreción del derecho a la salud.

La finalidad primordial de dicho sistema, es prestar servicios a todas las personas, de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo (Artículo 3), coordinando los sub-sectores público, privado, universitarios (Artículo 4). La prestación de estos servicios de salud está basada en el concepto de la *“atención integral de la salud, que armoniza como un todo, las funciones de protección de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación del enfermo, y lo incorpora como estrategia capaz de controlar las causas bio-socio-económicas y culturales de la enfermedad”* (Artículo 5).

Esta Ley estableció los Consejos de Salud a nivel nacional, regional y local, con el objetivo de que sean organismos de coordinación, consenso y participación interinstitucional de los sectores público y privado de la salud. Al mismo tiempo, le confirió al Sistema Nacional de Salud atribuciones para erradicar, evitar o disminuir los riesgos de enfermar y de morir, mediante acciones sanitarias concertadas entre instituciones sectoriales y extra sectoriales, gubernamentales y de la sociedad civil (Artículo 9).

En el Artículo 43 dice que el Comité Ejecutivo del Sistema, establecerá los niveles de atención del sub sector público, en base a la descentralización administrativa, operativa y ejecutiva. Se trata de una propuesta de descentralización, que pone acento en el mecanismo de delegación de competencias entre el Gobierno Nacional y los gobiernos sub-nacionales, el Departamento y el Municipio. Propone también la consulta y la participación del Estado, las fuerzas vivas y la sociedad civil, ya que se crean estas instancias o Consejos de Salud, en los niveles nacional, departamental y municipal.

A nivel de departamentos y municipios, también se buscó agrupar a la mayor parte de las instituciones; y en la gestión se otorgaron fondos a los Consejos de Salud. Esta Ley buscó lograr que un conjunto muy grande coordine; pero ello dificultó su eficacia, aunque se priorizó la participación ciudadana. Su énfasis fue más político que asistencial y fue dictada en el inicio de la democratización, buscando cambiar la cultura política y con menos incidencia en lo específicamente sanitario.

La Atención Primaria de Salud (APS), es el principal sistema de atención de la salud implementado en Paraguay desde agosto de 2008. La Dirección General de Atención Primaria de Salud, fue creada por Resolución Ministerial S.G. N° 101, de fecha 17 de setiembre de 2008, y depende de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Según expresa, tiene como objetivo facilitar el acceso a la atención a la salud, a través del Sistema Nacional de Salud único, universal, integral, incluyente y solidario con equidad y participación social.

Las Unidades de Salud de la Familia (USF), son articuladas mediante una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Ellas son puertas de entrada a dicho Sistema y buscan resolver la mayoría de los problemas de salud de la población adscrita a cada unidad, así como vincularla a las demás instancias de la red integrada de servicios de salud de mayor complejidad, asegurando la atención continua a las personas.

Este Sistema se constituyó en un nuevo paradigma del modelo de atención, consistente en llevar los servicios de salud cerca de donde viven las personas, a lo largo de su ciclo de vida. Así, las comunidades podrían contar con un Equipo de Salud de la Familia (ESF) conformado por un médico, una licenciada en enfermería, una auxiliar en enfermería y de tres a cinco agentes comunitarios de salud.

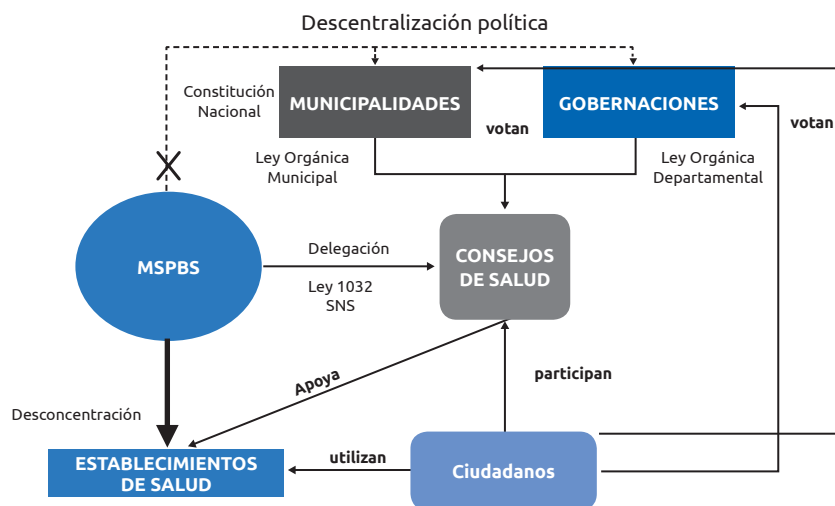
Por Resolución ministerial S.G. N° 101, de fecha 17 de setiembre de 2008, *“se crea la Dirección General de Atención Primaria de Salud, en dependencia de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social”*.

Desde agosto de 2008 hasta octubre de 2011, se han instalado progresivamente 704 Unidades de Salud de la Familia (USF), en 234 distritos (habiéndose iniciado en aquellos con mayores índices de pobreza del país). Cada USF ofrece servicios de atención primaria a una población, de entre 3.500 a 5.000 personas, por cada unidad, ubicadas en un territorio social bajo su responsabilidad. Están diseminadas en las 18 Regiones Sanitarias del país. En el 2014, se había llegado a 792 USF con una cobertura de alrededor de 2.775 mil personas. Las USF tienen personal de promoción de la salud que recorren y conocen los vecindarios, interviniendo en forma preventiva.

Las dos tendencias a la descentralización fueron, entonces, la devolución o traspaso de mayor responsabilidad a los municipios y departamentos; y la deslocalización o mejor de des-hospitalización, que consiste en la multiplicación de las unidades asistenciales hacia los vecindarios con énfasis. La primera tendencia incide en el es-

pacio del gobierno, la segunda tiene incidencia en el ámbito principalmente asistencial y ambas pueden ser complementadas. Ya que mientras la primera afecta más a la participación de los distintos actores sociales, la segunda busca fomentar una cierta ciudadanía en el campo de la salud, permitiendo que más personas se beneficien de los servicios de salud.

Esquema de los procesos de descentralización sanitaria en el Paraguay



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Hitos de la descentralización sanitaria en Paraguay

1992	1996	1998	2000 a 2005	2006	2008	2009 a 2011
Constitución Nacional	Ley 1032 que crea el SNS	Organización de servicios de salud del MSPBS	30 consejos de salud con convenios	Ley 3007 autoriza a los consejos de salud a administrar fondos	Se crea el Fondo de Equidad	200 consejos de salud con convenios firmados

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

EL MAPA DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN EL PARAGUAY

En la tabla siguiente, se describe la distribución de frecuencias relativas simples y en porcentaje, de los componentes de la Función de Gestión Financiera en el escenario actual, según la escala de Likert utilizada. En ella, el número 1 representa el mínimo poder de decisión y el 4 el máximo poder de decisión, referidos por los informantes claves del proceso de descentralización que fueron entrevistados. También se presenta el cálculo del Desempeño del Espacio de Decisión para cada componente, que es una síntesis de la distribución de frecuencias en la escala utilizada.

Función de gestión financiera

Tabla 2
Componentes de la Función de Gestión Financiera
Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y
cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)

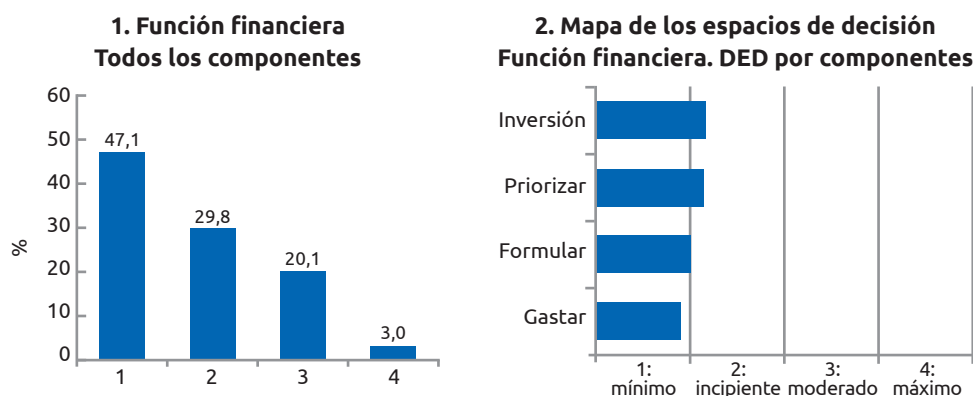
Cuál es el poder de decisión que tiene para:	N	1		2		3		4		DED
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Formular su Presupuesto	510	260	50,88	136	26,61	98	19,18	16	3,13	0,44
Gastar su Propuesto	511	265	51,86	158	30,92	76	14,87	12	2,35	0,42
Establecer prioridades en la asignación de recursos	511	218	42,66	162	31,70	115	22,50	16	3,13	0,47
Establecer un plan de inversiones	511	220	43,05	153	29,94	121	23,68	17	3,33	0,47

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

La percepción predominante sobre la función financiera, es que el espacio de decisión para gestionar los recursos financieros, a través del presupuesto, se da en un margen de mínimo a incipiente de espacios de decisión, en la desconcentración del Ministerio de Salud.

El 77% de los encuestados puntúan esta función en las dos posiciones más bajas de la escala, mientras que el 23% en las dos más altas; y apenas el 3% de los encuestados perciben la máxima puntuación de descentralización en esta función.

El Desempeño de Espacios de Decisión (DED) de cada componente de esta función, se distribuye en un margen mínimo a apenas incipiente. Éste señala claramente el reducido espacio de decisión que tienen los agentes locales para controlar los recursos, desde la planificación o elaboración anual del presupuesto, hasta su ejecución mediante el gasto para adquirir bienes y servicios o cumplir con sus gastos corrientes.



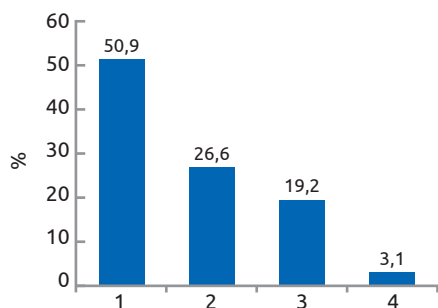
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

La distribución de estas proporciones es bastante uniforme, cuando se analiza cada componente en esta función: formular, gastar, priorizar y establecer un plan de inversiones considerando el presupuesto otorgado.

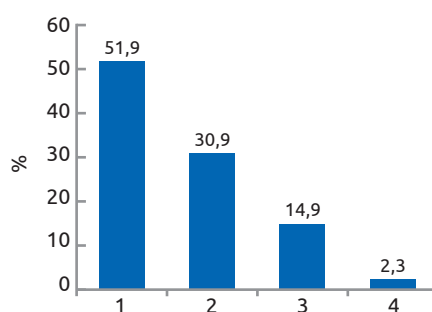
Dentro de esta reducida capacidad para planificar y movilizar estos recursos, la mayor capacidad para influir en las decisiones del nivel central del Ministerio de Salud (Principal) se da sobre la definición de las inversiones y priorizar la ejecución, según el criterio de los establecimientos de salud (Agentes).

Pero los Agentes tienen poco poder para formular su presupuesto y gastarlo mediante los procesos de ejecución presupuestaria. El poder de decisión para ejecutar los gastos es el componente con menor desconcentración, es decir, la capacidad de realizar compras de productos, bienes y servicios.

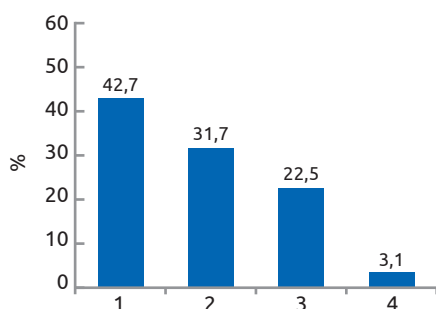
3. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para formular el presupuesto? en %



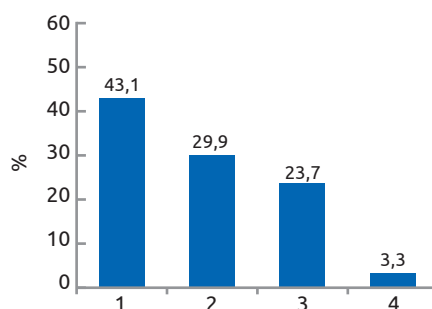
4. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para gastar el presupuesto? en %



5. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para establecer prioridades de asignación de recursos? en %



6. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para establecer un plan de inversiones? en %



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

La administración y la gestión financiera locales son, por consiguiente, muy limitadas. A su vez, la limitación de poder diseñar el presupuesto y de utilizar de manera oportuna las herramientas de compras, es determinante para responder a las necesidades de corto y mediano plazos que se consideran prioritarias a nivel local.

Es evidente que al controlar en mayor medida esta función, la desconcentración del Ministerio de Salud hacia sus agentes se reduce notablemente. El control de los recursos financieros es, al mismo tiempo, el control del poder.

El marco formal para la gestión de recursos financieros está determinado por la Ley 1535/99 de administración financiera del Estado, la Ley 2051 de contrataciones públicas, la Ley anual de presupuesto y sus decretos reglamentarios.

El MSPBS tiene competencias administrativas para establecer su estructura de administración y procedimientos, a través de unidades financieras y unidades operativas de contrataciones. Manteniendo la unidad de la administración y la centralidad normativa para los distintos procesos, la institución puede desconcentrar su administración hacia distintas instancias como las Regiones Sanitarias y los establecimientos de salud. Es evidente que esta situación no ocurre y, por el contrario, la práctica hace que exista una alta centralidad en todos los procesos administrativos.

Las variaciones percibidas en la amplitud de los espacios de decisión en la función financiera y en cada uno de sus componentes, pueden ser explicadas mediante la existencia de espacios no formales de decisión. En ellos, algunos actores tienen más influencia que otros para incidir en las decisiones del Principal.

Función de Gestión de Recursos Humanos

Los servicios de salud se producen y se consumen en el mismo momento, mediante la interacción de los profesionales con los pacientes. Es por esto que la gestión de recursos humanos en el campo de la salud, ocupa un lugar preponderantemente estratégico. El grado de control sobre la gestión de los servicios de salud, es determinante para estimar el grado de control en la gestión del establecimiento y sus servicios.

Tabla 3
Componentes de la Función de Gestión de Recursos Humanos
Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y
cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)

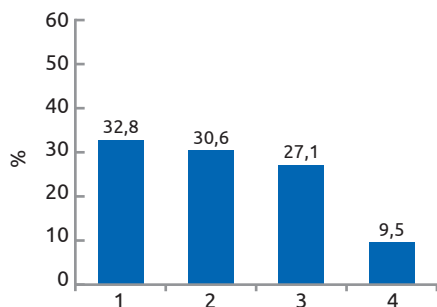
Cuál es el poder de decisión que tiene para:	N	1		2		3		4		DED
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Incorporar nuevos recursos humanos	510	235	45,99	176	34,44	79	15,46	20	3,91	0,44
Asignar funciones a los recursos humanos	510	113	22,11	130	25,44	175	34,25	91	17,81	0,62
Establecer la distribución de la carga horaria	511	116	22,70	120	23,48	168	32,88	107	20,94	0,63
Promover e incentivar a los recursos humanos	511	131	25,64	171	33,46	171	33,46	38	7,44	0,56
Sancionar a los recursos humanos	510	176	34,44	151	29,55	148	28,96	35	6,85	0,52
Movilizar o trasladar a recursos humanos	510	179	35,03	156	30,53	140	27,40	35	6,85	0,52
Desvincular o despedir a recursos humanos	511	220	43,05	189	36,99	87	17,03	15	2,94	0,45

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

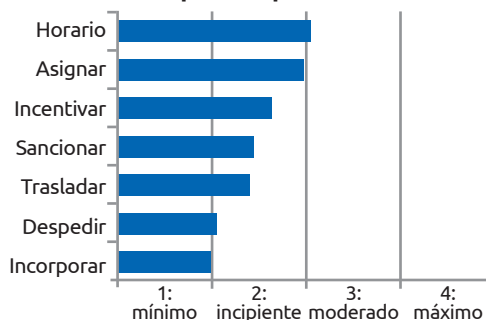
En la función de recursos humanos, el espacio de decisión aumenta ligeramente en relación a la función financiera. Es decir, los agentes tienen más opciones y poder sobre algunos componentes de la función de recursos humanos, aunque todavía el rango es limitado.

El 64% de los entrevistados ha puntuado en los niveles más bajos de la escala, mientras que el 36% lo puntúa en los dos niveles superiores.

**7. Función recursos humanos
Todos los componentes**



**8. Mapa de espacios de decisión
Función recursos humanos.
DED por componentes**



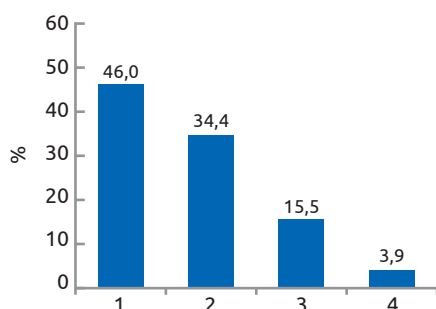
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

El rango más estrecho de poder corresponde a la capacidad de incorporar nuevos recursos humanos y desvincularlos o despedirlos. Estos componentes funcionales están altamente concentrados en el Principal. Otros componentes muy concentrados por el nivel central, son el poder de trasladar y el de sancionar a los recursos humanos.

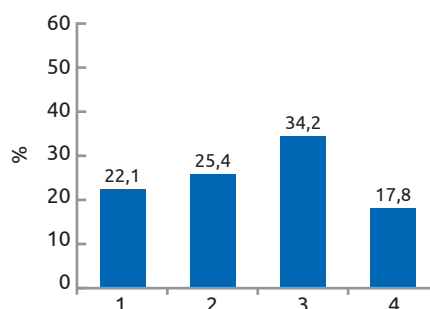
De esta manera, el control formal sobre los recursos humanos de un establecimiento de salud de una localidad cualquiera, se ejerce desde el nivel central. Dicho nivel es la instancia de contratación, movilidad, sanción y despido de los funcionarios, sean estos profesionales de la salud, administrativos o de apoyo.

El espacio de decisión aumenta un poco para otros componentes, tales como la capacidad de otorgar algunos incentivos, establecer las funciones dentro del establecimiento y distribuir la carga horaria asignada. Estas características indican que la descentralización en la gestión de recursos humanos, se enfoca más bien sobre cuestiones funcionales, mientras que la administración formal que vincula o desvincula a los funcionarios, se ejerce predominantemente desde el nivel central del Ministerio de Salud.

9. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para incorporar nuevos recursos humanos? en %

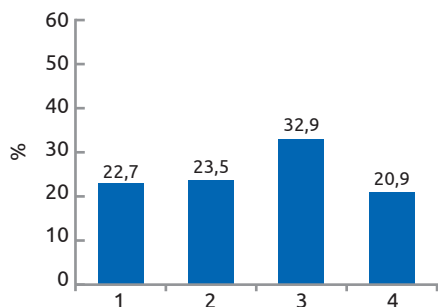


10. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para asignar funciones a los recursos humanos? en %

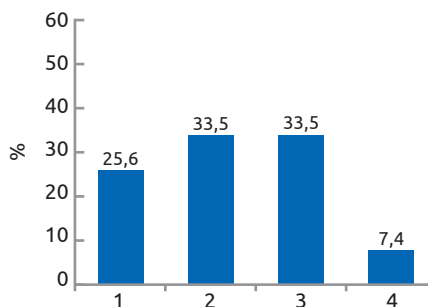


Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

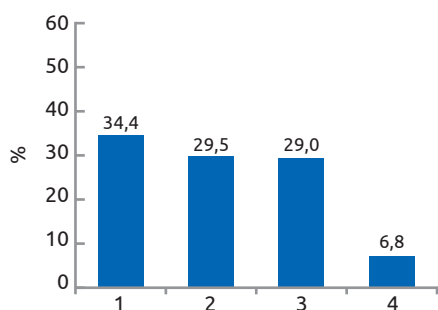
11. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para distribuir la carga horaria de los recursos humanos? en %



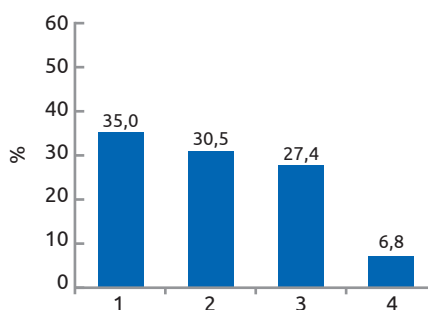
12. ¿Cuál es poder de decisión que tiene para promover e incentivar a los recursos humanos? en %



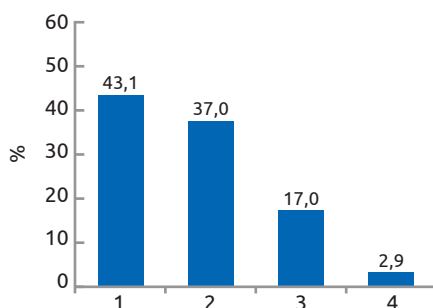
13. ¿Cuál es el poder decisión que tiene para sancionar a recursos humanos? en %



14. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para trasladar recursos humanos? en %



15. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para despedir recursos humanos? en %



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Es sabido que en Paraguay existe una importante brecha de disponibilidad de recursos humanos en salud, y que su distribución desigual en el territorio nacional determina asimetrías en la disponibilidad efectiva de servicios. La solución a este problema es compleja y requiere de un abordaje integral, ya que debe considerar cuestiones que incluyan desde la formación de profesionales hasta los incentivos necesarios para cerrar las brechas laborales, con criterios de equidad y prioridad ante

las necesidades sanitarias, como parte de otros componentes para el desarrollo integral y estratégico de los recursos humanos.

La selección e incorporación de recursos humanos para establecimientos y servicios específicos, es un proceso de gestión muy crítico para cerrar estas brechas. ¿En qué medida participan los Agentes? Todo indica que el poder en estas áreas es muy limitado y el modelo vigente concentra esta capacidad en el Principal; es decir, el nivel central del Ministerio de Salud.

El control de los recursos financieros para la gestión de recursos humanos, no implica las mismas actividades y responsabilidades que el control de los procesos y procedimientos. Todo indica que para llevar a cabo esta función, el Principal controla tanto el presupuesto como los criterios de asignación y priorización además de los procedimientos.

Por otra parte, el control del desempeño utiliza instrumentos de incentivos y sanciones. Según los entrevistados, los funcionarios tienen notorias limitaciones para ejercer estas funciones. Este factor –razonablemente– se asocia con el desempeño del establecimiento y el desempeño global del sistema.

El marco formal para la gestión de recursos humanos está determinado por la Ley 1626/2000 de la Función Pública, el Código Civil y la Ley anual de presupuesto y sus reglamentaciones. Los profesionales de la salud están sujetos a varias excepciones establecidas en la Ley de la Función Pública, tales como vinculaciones por 12 o 24 horas semanales y vinculaciones simultáneas en la misma institución o en otras entidades de salud.

El MSPBS, Principal, tiene competencias administrativas para desconcentrar los distintos procesos de gestión de recursos humanos, manteniendo la centralidad normativa. En su estructura, las regiones sanitarias y establecimientos, sobre todo aquellos de mayor nivel, cuentan con una estructura administrativa básica para la administración de recursos humanos. Sin embargo, tal como señalan los resultados, todos los procesos están concentrados a nivel central, por el Principal.

Es importante señalar, que el control sobre los recursos humanos supone el control del poder institucional y el control sobre una buena parte de la intención política local. Dicho control, tiene como fin posicionar a personas y grupos en distintos ámbitos del sistema de salud, no sólo por una razón laboral clientelista directa, sino también como posibilidad de contar con una plataforma operativa para orientar a sus adherentes en el sistema de salud cuando fuera necesario.

Podría interpretarse que la centralidad de los procesos, se debe a la intención de ejercer control sobre el poder en esos ámbitos. Sin embargo, los resultados indican que también hay una variación de los espacios de decisión, tal como se percibe de los informantes claves del proceso, que señalan espacios no formales más amplios para

algunos actores. Es razonable sostener como hipótesis, que la afinidad política con el Principal puede ser uno de los factores explicativos para este fenómeno. Más adelante se verá el alto grado de influencia que atribuyen los entrevistados a este factor.

Función reglas de dirección

Tabla 4
Componentes de la función reglas de dirección
Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y
cálculo del desempeño de los espacios de decisión (DED)

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	N	1		2		3		4		DED
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Elaborar planes en la institución	510	89	17,42	124	24,27	221	43,25	76	14,87	0,64
Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	511	76	14,87	127	24,85	228	44,62	80	15,66	0,65
Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	511	71	13,89	138	27,01	246	48,14	56	10,96	0,64
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	511	159	31,12	188	36,79	129	25,24	35	6,85	0,52
Designar los directores en su organización	510	161	31,51	155	30,33	141	27,59	53	10,37	0,54
Contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	511	186	36,40	207	40,51	90	17,61	28	5,48	0,48

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

La dirección, junto con la planificación, organización y control, son procesos clave de la administración (Chiavenato, 2004).

Cada establecimiento y Región Sanitaria cuenta con un cuerpo directivo en distintos niveles de su estructura organizacional. Los directores, cargos de confianza, son designados por el Ministro de Salud, que cuenta de manera exclusiva con la atribución de realizar estos nombramientos.

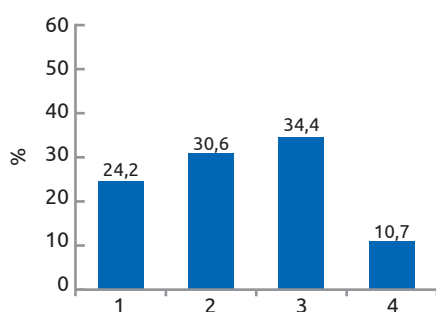
Sin embargo, a nivel local, los Agentes pueden influir sobre el Principal para designar autoridades y directivos, en un espacio no formal de decisión. Por ello, además de los criterios técnicos que componen el perfil de los designados, es esperable que, además, intervengan criterios políticos. Los líderes políticos locales, pueden o no influir en la designación de las autoridades sanitarias en los distintos establecimientos.

Los directores designados, a su vez, nombrarán otros directores y jefes, así como tendrán que planificar, asignar metas, controlar el cumplimiento de las mismas y rendir cuentas administrativas y sanitarias.

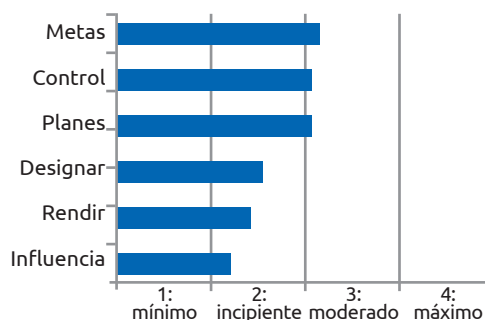
La percepción de los entrevistados, es que esta función tiene un rango mayor de espacios de decisión que las funciones anteriores, y se posiciona como un poder de incipiente a moderado de opciones de decisión, en el ejercicio de la dirección.

El 55% de los entrevistados señaló las dos puntuaciones más bajas de la escala, en tanto que otros - 45% - las dos puntuaciones más altas, concentrando el 65% de los puntos intermedios.

**16. Función Reglas de Dirección
Todos los componentes**



**17. Mapa de espacios de decisión.
Función Reglas de Dirección.
DED por componentes**

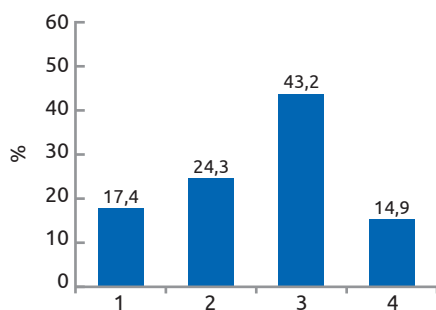


Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

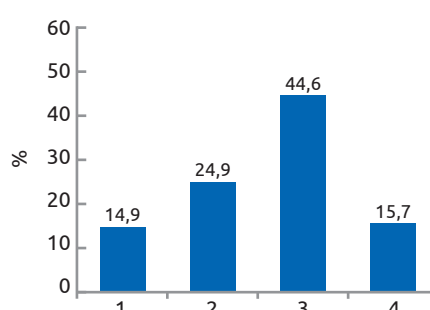
Desde la percepción de los entrevistados, la influencia política es notoria para la toma de decisiones directivas. El 77% puntúa en los niveles más bajos el poder de contrarrestar estas influencias; y el 31% puntuó como mínimo el poder de designar directores.

El poder de decisión aumenta en los componentes de elaborar planes, fijar metas y controlar su cumplimiento, ubicándose en un rango moderado, mientras que, llamativamente, la capacidad o poder de decisión para rendir cuentas se valora apenas como incipiente.

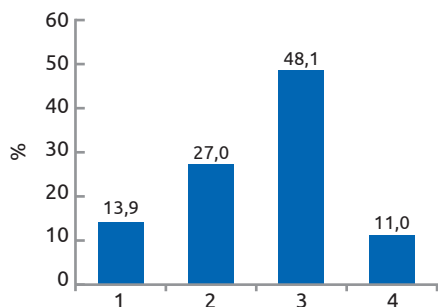
**18. ¿Cuál es el poder de decisión que
tiene para elaborar planes? en %**



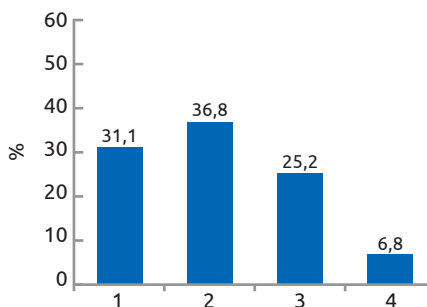
**19. ¿Cuál es el poder de decisión que
tiene para fijar metas? en %**



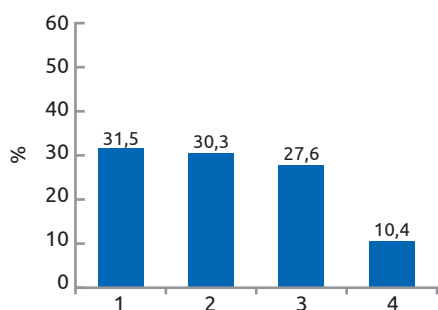
20. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para controlar el cumplimiento de metas? en %



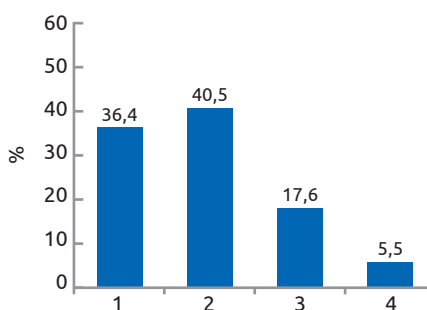
21. ¿Cuál el poder de decisión que tiene para realizar rendición de cuentas? en %



22. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para designar directores? en %



23. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para contrarrestar influencias políticas? en %



Fuente: Proyecto Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Estas características señalan que el Principal controla los instrumentos formales; pero existe un espacio no formal, que es importante para las funciones de producción de servicios de salud a nivel local. En este espacio, intervienen más bien criterios políticos que son difícilmente contrarrestados por los directores designados.

En contrapartida, estos tienen un poder intermedio para tomar decisiones y controlar su cumplimiento mediante planes y metas de gestión, que razonablemente estarán alineados con la planificación central.

Esta situación contrapone una oportunidad a una amenaza. A mayor poder de decisión en los Agentes, éstos tienen más posibilidad de enfrentar los problemas locales prioritarios. Además, se espera que al estar más cerca de los problemas, los Agentes conozcan mejor los factores sobre los que hay que incidir para modificarlos. Es esperable, además, que los actores políticos hagan uso del espacio no formal para generar incidencia en la toma de decisiones y que las necesidades de sus votantes sean atendidas.

En contrapartida, la amenaza o riesgo es que, a mayor poder no formal, los objetivos sanitarios (y entre ellos los relacionados a la equidad sanitaria) sean desplazados en menor o mayor medida por objetivos políticos particulares, generando un incentivo al clientelismo.

Establecer criterios y mecanismos para la toma de decisiones, puede hacer que se haga provecho de las oportunidades y se contrarresten las amenazas o disminuir los riesgos.

Función de organización

Tabla 5
Componentes de la Función de Organización
Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y
cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4		DED
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	510	81	15,9	107	20,9	223	43,8	99	19,4	66,7
Habilitar nuevos servicios o programas	510	122	23,9	151	29,5	204	39,9	33	6,5	57,3
Implementar programas prioritarios en su comunidad	510	98	19,2	129	25,2	237	46,6	46	9	61,4
Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	510	88	17,2	151	29,5	228	44,6	43	8,4	61,1
Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	510	64	12,5	96	18,8	249	48,9	101	19,8	69
Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	510	95	18,6	109	21,3	265	52,1	41	8	62,4

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

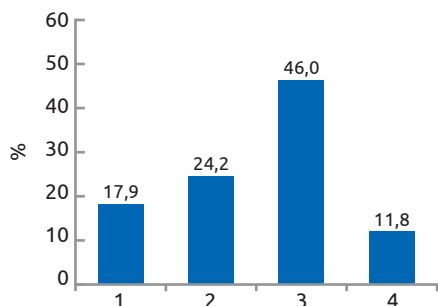
La función de organización forma parte esencial de la administración. La información sanitaria sistemática, permite conocer las necesidades y las prioridades. A partir de esta definición, se espera que el sistema de salud genere una respuesta concreta, proveyendo servicios e implementando programas.

Otra meta del sistema es brindar estos servicios con la calidad suficiente y al mismo tiempo satisfacer las expectativas de la población. Para cumplir con este propósito, la administración debe movilizar recursos y orientarlos hacia dichos objetivos. La asignación de funciones al personal, es un elemento necesario en este proceso.

Por lo tanto, es razonable sostener que la capacidad de satisfacer las necesidades regionales o locales de salud, depende en alguna medida de la amplitud del espacio de decisión en la función de organización.

La percepción predominante es que, en la actualidad, el poder de decisión es predominantemente incipiente. Sólo los componentes de uso de la información y de organización para proveer mejores servicios, alcanzan un rango moderado.

24. Función Organización de Servicios Índice con todas las respuestas



25. Mapa de espacios de decisión Función Organización. DED por componentes



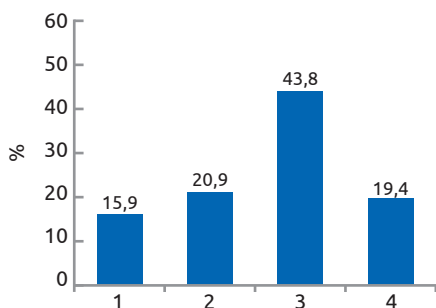
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

La generación y uso de información para tomar decisiones, es el componente con mayor espacio de decisión identificado en esta función. El 69% de los entrevistados lo puntúan en los niveles más altos de la escala. También refieren que tienen una capacidad moderada para asignar funciones al personal para organizar mejor los servicios, siendo este componente el segundo con mejor desempeño dentro de esta función, con el 63% de los entrevistados que puntuaron en los dos niveles superiores de la escala.

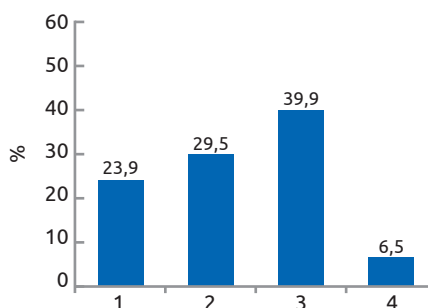
El poder de decisión para implementar programas de calidad dentro del establecimiento también es moderado, con 60% de puntuación en los niveles de mayor espacio de decisión.

El poder de decisión para habilitar nuevos servicios y programas o priorizarlos, también está en un rango incipiente, pero con un espacio de decisión más reducido que los demás componentes.

26. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para asignar funciones al personal para organizar el servicio? en %

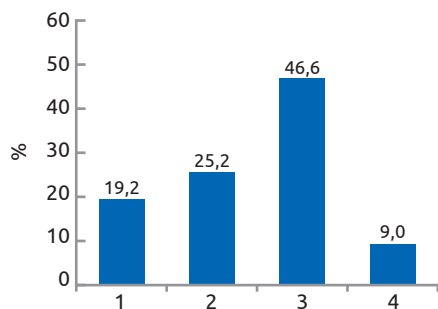


27. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para crear nuevos servicios? en %

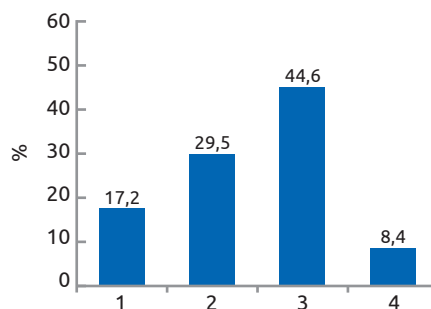


Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

28. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para implementar programas prioritarios para la comunidad? en %

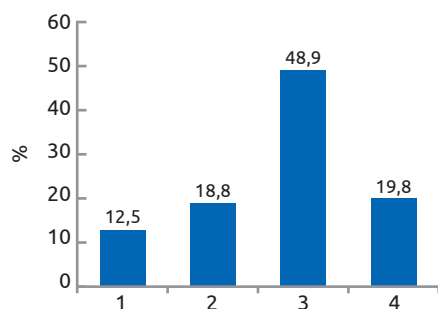


29. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para implementar servicios prioritarios para la comunidad? en %

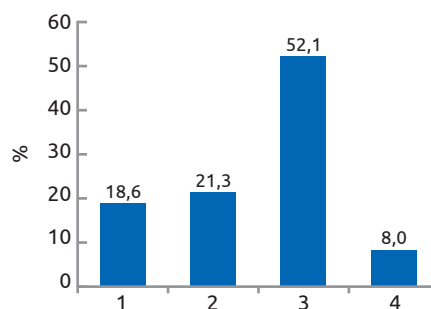


Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

30. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para generar y utilizar información para mejorar servicios? en %



31. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para implementar programas de mejora de la calidad? en %



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Según estos datos, los entrevistados perciben que tienen poder de decisión para organizar sus servicios, predominantemente en un rango moderado de espacios de decisión. Sin embargo, la percepción es que el poder de decisión es mayor en el “cómo” implementar los servicios y programas en comparación con “qué” servicios y programas implementar.

El análisis de la situación y la identificación de prioridades son posibles, ya que los agentes pueden generar y utilizar información rutinaria en salud.

Función reglas de acceso

Tabla 6
Componentes de la Función Reglas de Acceso
Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y
cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4		DED
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Identificar a la población más vulnerable a su cargo	511	80	15,66	104	20,35	243	47,55	84	16,44	0,66
Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	511	102	19,96	148	28,96	219	42,86	42	8,22	0,60
Mejorar el acceso a los servicios a los niños	511	109	21,33	145	28,38	211	41,29	45	8,81	0,59
Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	511	124	24,27	154	30,14	192	37,57	41	8,02	0,57
Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	511	140	27,40	162	31,70	173	33,86	36	7,05	0,55
Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	511	193	37,77	140	27,40	145	28,38	33	6,46	0,51
Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	511	143	27,98	140	27,40	196	38,36	32	6,26	0,56

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

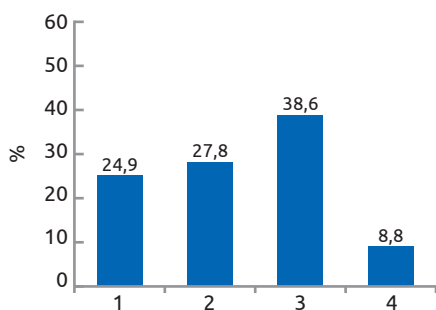
La accesibilidad a los servicios de salud, es una característica del sistema de salud que relaciona cualidades propias de la población, con cualidades propias de los servicios de salud. Es el resultado de una compleja relación de ajustes, entre las capacidades de la población para utilizar los servicios que se necesitan en un momento dado; los factores que intervienen como barreras o facilitadores en el contexto; y las barreras o facilitadores de los propios servicios. Se identifican dimensiones de accesibilidad como los siguientes: económica o financiera, cultural, geográfica y de organización (Frenk, 1994).

Los Agentes, en los distintos establecimientos sanitarios, pueden implementar mecanismos de acceso organizacionales y de otra índole, para favorecer distintos grupos vulnerables. Esta es una función esencial para cumplir con el rol intrínseco de equidad del sistema de salud (Murray, 2000).

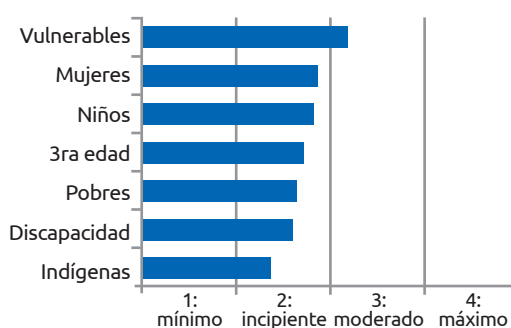
La valoración para la función Reglas de Acceso, es de un poder moderado para identificar a la población vulnerable; pero apenas incipiente para implementar acciones que puedan mejorar el acceso de estas poblaciones.

El 25% lo ha valorado con el nivel mínimo de la escala y 9% con el nivel máximo, mientras que el 66% lo valora en los niveles intermedios.

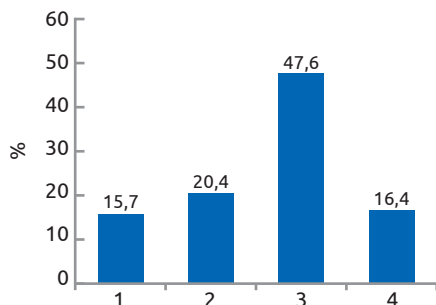
**32. Función de Reglas de Acceso
Índice con todas las respuestas**



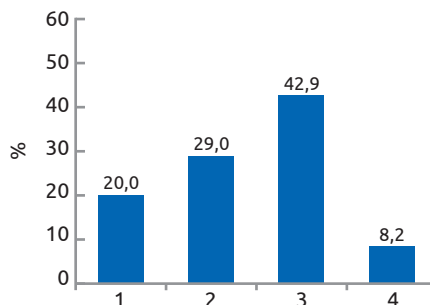
**33. Mapa de espacios de decisión
Función Reglas de Acceso. DED por
componentes**



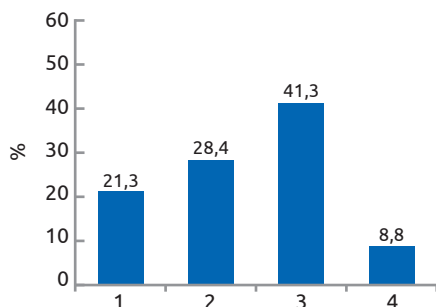
**34. ¿Cuál es el poder de decisión que
tiene para identificar a la población
más vulnerable a su cargo? en %**



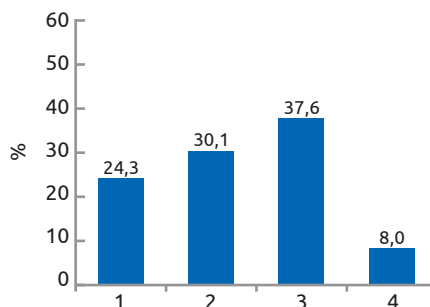
**35. ¿Cuál es el poder de decisión que
tiene para mejorar el acceso
a las mujeres? en %**



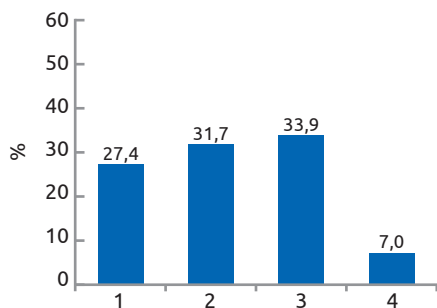
**36. ¿Cuál es el poder de decisión
que tiene para mejorar el acceso
de los niños? en %**



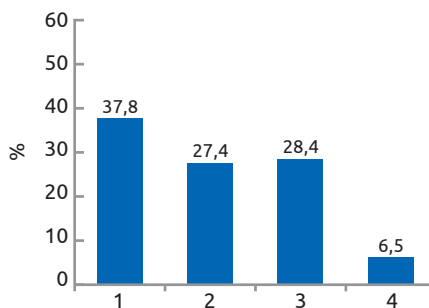
**37. ¿Cuál es el poder de decisión que
tiene para mejorar el acceso de las
personas de 3ra edad? en %**



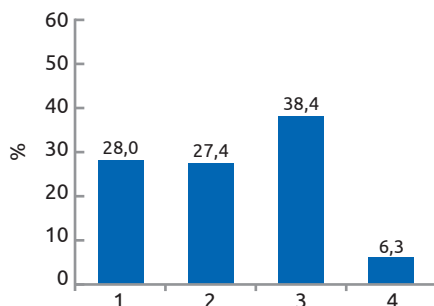
38. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para mejorar el acceso a personas con discapacidad? en %



39. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para mejorar el acceso de los indígenas? en %



40. ¿Cuál es el poder de decisión que tiene para mejorar el acceso de los pobres? en %



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

La orientación materno infantil es predominante y coincidente con las políticas y programas prioritarios del Gobierno central o Principal. Otros grupos vulnerables, como los de los indígenas y discapacitados, se identifican con espacios de decisión más reducidos. Probablemente, esta situación no se produzca como una característica de la descentralización sino, más bien, en coincidencia con las débiles políticas de inclusión para estos grupos.

Participación social

Tabla 7
Componentes de la Participación Social
Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y
cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	N	1		2		3		4		DED
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Definición de prioridades	511	124	24,27	262	51,27	110	21,53	15	2,94	0,51
Planificación	510	131	25,64	243	47,55	127	24,85	9	1,76	0,51
Rendición de cuentas	510	145	28,38	233	45,60	117	22,90	15	2,94	0,50
Situaciones de emergencia	510	143	27,98	203	39,73	145	28,38	19	3,72	0,52
Actividades de promoción y prevención	510	88	17,22	239	46,77	161	31,51	21	4,11	0,56
Organización de servicios asistenciales	510	97	18,98	225	44,03	160	31,31	28	5,48	0,56
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	510	98	19,18	241	47,16	149	29,16	20	3,91	0,54

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

La participación social está formalizada e institucionalizada en los denominados Consejos de Salud, locales y regionales, previstos en la Ley 1032, que crea el Sistema Nacional de Salud en el Paraguay. Estos consejos funcionan con representantes de las Gobernaciones, de las Municipalidades y de los Establecimientos de salud, además de representantes de la comunidad electos en una asamblea. Disponen de fondos propios asignados, mediante transferencia del propio Ministerio de Salud y aportes de los gobiernos departamental y municipal.

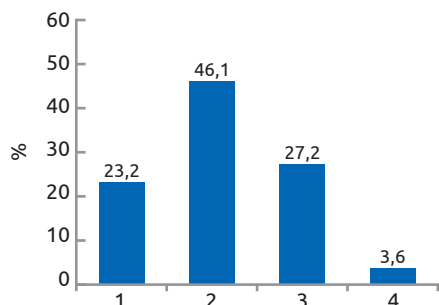
Estos recursos se han utilizado, principalmente, para contratar personal ocasional, incluidos profesionales de la salud y, en algunos casos, para proveer servicios estables en el tiempo. También se han utilizado para realizar compras varias complementarias y para mantenimiento.

En estos espacios de participación, se puede incidir en la planificación y organización de los servicios, en la rendición de cuentas y en actividades voluntarias de prevención y promoción de la salud o actuando en situaciones de emergencias y desastres.

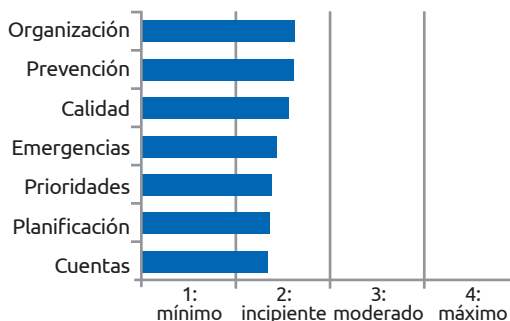
La percepción de los entrevistados es que, en general, el poder de decisión o espacios de decisión en la Función de Participación es más bien incipiente. Notablemente, el menor desempeño de los espacios de decisión, se observa en el componente de Participación en las Rendiciones de Cuenta.

En efecto, el 23% de los entrevistados percibe que el poder de decisión es mínimo en esta función; y sólo 3,6% que es máximo. El 72% percibe como un espacio de decisión intermedio, pero el 46% lo hace apenas en el segundo nivel más bajo de percepción o incipiente.

41. Función Participación
Índice con todas las respuestas

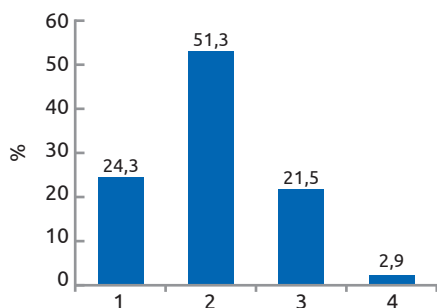


42. Mapa de espacios de decisión
Función de participación. DED por componente

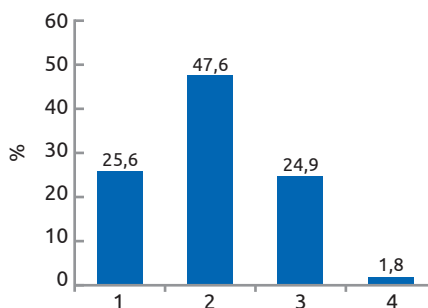


Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

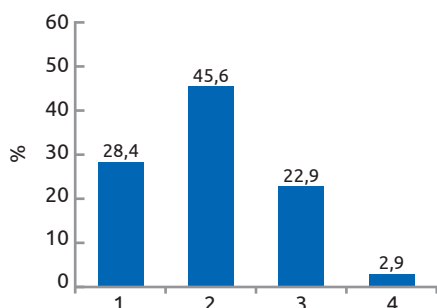
43. ¿Qué grado de participación hay en fijar prioridades? en %



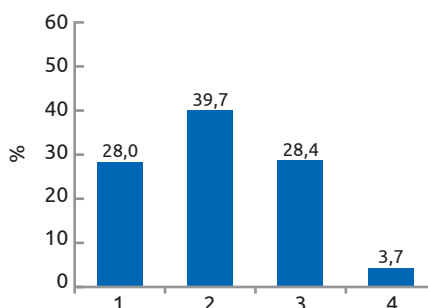
44. ¿Qué grado de participación hay en la planificación? en %



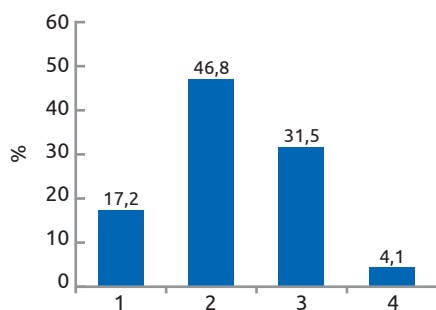
45. ¿Qué grado de participación hay en la rendición de cuentas? en %



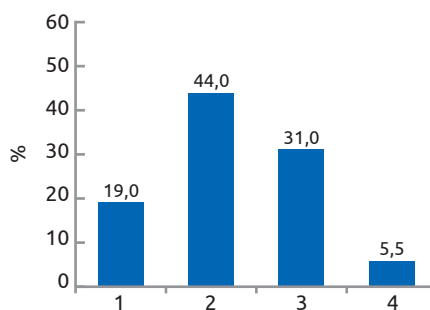
46. ¿Qué grado de participación hay en la respuesta ante emergencias? en %



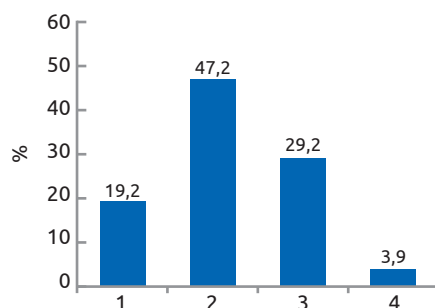
47. ¿Qué grado de participación hay en actividades de prevención y promoción? en %



48. ¿Qué grado de participación hay en organizar servicios? en %



49. ¿Qué grado de participación hay en la mejora de la calidad de servicios? en %



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Estos resultados nos describen un espacio de participación formal instalado en los consejos de salud, pero con escaso poder de decisión real sobre el funcionamiento de los servicios y su rendición de cuentas.

Mapa de los espacios de decisión

En la siguiente tabla, se presenta un resumen de la distribución de frecuencias relativas y el Desempeño de los Espacios de Decisión, según las valoraciones de cada componente por función de gestión financiera, gestión de recursos humanos, reglas de dirección, reglas de acceso, organización de servicios y participación.

Tabla 8
Espacios de decisión por Funciones y Componentes
Distribución de frecuencias en escala de Likert (1 mínimo a 4 máximo) y
cálculo del Desempeño de los Espacios de Decisión (DED)

Funciones	Componentes	%				DED
		1	2	3	4	
FINANZAS	Formular	50,88	26,61	19,18	3,13	0,44
	Gastar	51,86	30,92	14,87	2,35	0,42
	Priorizar	42,66	31,70	22,50	3,13	0,47
RECURSOS HUMANOS	Inversión	43,05	29,94	23,68	3,33	0,47
	Incorporar	45,99	34,44	15,46	3,91	0,44
	Establecer func.	22,11	25,44	34,25	17,81	0,62
	Fijar horarios	22,70	23,48	32,88	20,94	0,63
	Incentivar	25,64	33,46	33,46	7,44	0,56
	Sancionar	34,44	29,55	28,96	6,85	0,52
	Trasladar	35,03	30,53	27,40	6,85	0,52
DIRECCIÓN	Despedir	43,05	36,99	17,03	2,94	0,45
	Planes	17,42	24,27	43,25	14,87	0,64
	Metas	14,87	24,85	44,62	15,66	0,65
	Control	13,89	27,01	48,14	10,96	0,64
	Rendición	31,12	36,79	25,24	6,85	0,52
	Designar	31,51	30,33	27,59	10,37	0,54
ORGANIZACIÓN	Influencia	36,40	40,51	17,61	5,48	0,48
	Organizar	15,85	20,94	43,84	19,37	0,67
	Nuevos	23,87	29,55	39,92	6,46	0,57
	Programas	19,18	25,24	46,58	9,00	0,61
	Servicios	17,22	29,55	44,62	8,41	0,61
	Información	12,52	18,79	48,92	19,77	0,69
ACCESO	Calidad	18,59	21,33	52,05	8,02	0,62
	Vulnerables	15,66	20,35	47,55	16,44	0,66
	Mujeres	19,96	28,96	42,86	8,22	0,60
	Niños	21,33	28,38	41,29	8,81	0,59
	3Ra edad	24,27	30,14	37,57	8,02	0,57
	Discapacidad	27,40	31,70	33,86	7,05	0,55
	Indígenas	37,77	27,40	28,38	6,46	0,51
PARTICIPACION	Pobres	27,98	27,40	38,36	6,26	0,56
	Prioridades	24,27	51,27	21,53	2,94	0,51
	Planificación	25,64	47,55	24,85	1,76	0,51
	Cuentas	28,38	45,60	22,90	2,94	0,50
	Emergencias	27,98	39,73	28,38	3,72	0,52
	Prevención	17,22	46,77	31,51	4,11	0,56
	Organización	18,98	44,03	31,31	5,48	0,56
	Calidad	19,18	47,16	29,16	3,91	0,54

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Como puede apreciarse, la percepción sobre el mínimo espacio de decisión entre los distintos componentes, se da en un rango de 12,5% a 51,9%. Los componentes señalados con menor espacio de decisión en este grupo fueron los siguientes:

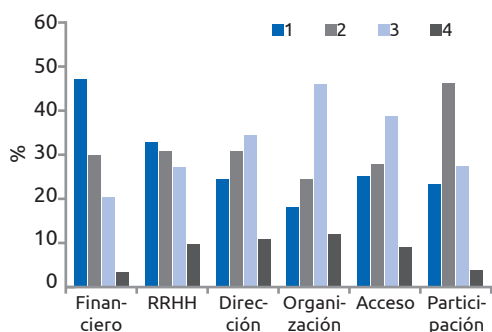
- a. En la función financiera: Todos los componentes, es decir, presupuestar, gastar, priorizar y contar con un plan de inversiones.
- b. En la función de gestión de recursos humanos: Los componentes de incorporar y despedir recursos humanos.
- c. En la función reglas de dirección: El mínimo poder identificado fue la capacidad de contrarrestar las influencias políticas.
- d. En la función de organización: El menor poder se da en decidir implementar nuevos servicios o programas.
- e. En la función reglas de acceso: Los entrevistados identifican al grupo de los indígenas y personas con discapacidad como los más vulnerables, sobre los cuales tienen menor poder para implementar acciones que permitan incluirlos en el sistema.
- f. En la función reglas de participación: El componente de rendición de cuentas es el de menor desempeño.

Los componentes de la función organización y de participación, son los que se perciben con menor restricción de la capacidad de decisión, mientras que los componentes de la función de gestión financiera y de recursos humanos, son los que se perciben con mayor restricción.

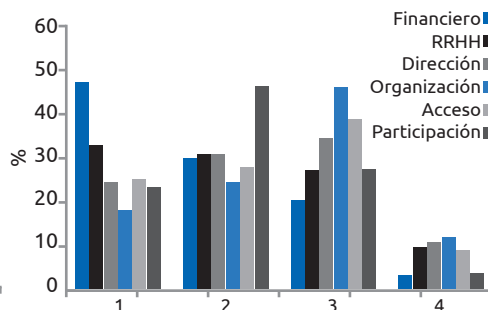
Cuando se analizan los resultados de percepción de mayor poder de decisión, es decir la distribución de frecuencias de aquellos que marcaron 4, se concluye que esta distribución se da en un rango de 3,1% a 20,9%, en un rango mucho menor que la distribución de frecuencias de aquellos que marcaron 1.

En los siguientes gráficos se puede comparar el desempeño de las distintas funciones:

50. Espacios de decisión por funciones, distribución de frecuencias en %



51. Espacios de decisión por funciones, distribución de frecuencias en %



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Una síntesis de este desempeño según categorías, se expone en la siguiente tabla:

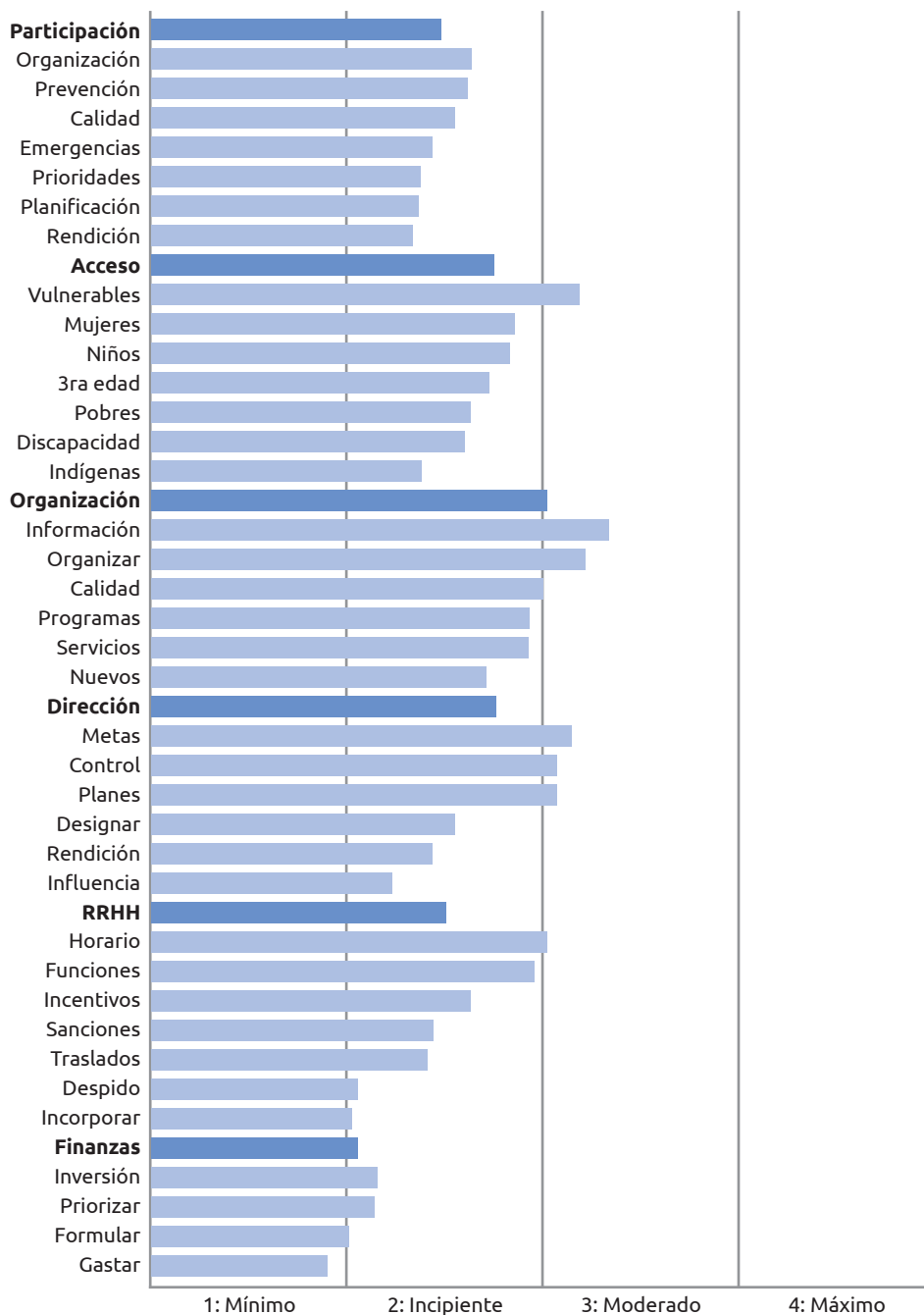
Tabla 9
Componentes agrupados en categorías de desempeño

Funciones	Componentes en la menor categoría de espacios de decisión (1 en la escala)	Componentes en la mayor categoría de espacio de decisión (4 en la escala)
Financiero	Presupuestar	-
	Gastar	
	Priorizar	
	Inversiones	
Recursos humanos	Incorporar	Asignar funciones
	Despedir	Establecer horario
Dirección	Influencias políticas	Elaborar planes
		Establecer metas
Organización	-	Informar
		Organizar
Acceso	Indígenas	Vulnerables
Participación	.	-

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Otra forma de analizar de manera comparada los espacios de decisión por funciones y componentes, es por medio del mapa de espacios de decisión, basado en el modelo propuesto por Bossert. En éste, se distinguen espacios con rango estrecho, intermedio y amplio de poder de decisión, considerando funciones y componentes. En este estudio se utilizó una escala de Likert de 1 a 4, que corresponden a mínimo, incipiente, moderado y máximo espacios de decisión. El esquema gráfico de este mapa de espacios de decisión, se presenta en el siguiente cuadro de barras:

52. Mapa de espacios de decisión
Desempeño de espacios de decisión (DED) por funciones y componentes



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Claramente puede identificarse que las funciones de Finanzas en sus componentes de formular y gastar, presentan los espacios de decisión más estrechos, al igual que los componentes de incorporación y despido, en la función de Recursos Humanos,

así como la capacidad de contrarrestar las influencias políticas en la dirección. Sólo los componentes de distribuir cargas horarias, planificar y controlar el cumplimiento de metas, organizar mejor los servicios, usar la información para tomar decisiones e identificar a vulnerables, tuvieron un desempeño moderado.

Ninguna de las funciones y componentes alcanza un espacio amplio de poder de decisión; más bien se distribuyen en el espacio moderado o intermedio, tendiendo la mayoría hacia el límite del rango estrecho.

En conclusión, el proceso de descentralización del Ministerio de Salud, es una desconcentración que va de mínima a incipiente, con alta centralidad de los procesos administrativos financieros. Evidencia también un alto grado de control de recursos humanos y una moderada transferencia de la capacidad de decisión sobre aspectos organizacionales y funcionales.

La influencia política es elevada y la participación, si bien está formalmente establecida, en la práctica tiene poca incidencia en aspectos claves, para el funcionamiento de los servicios de salud.

TENDENCIAS EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN EL PARAGUAY: ESCENARIOS POSIBLES DE PROSPECTIVA

Función de gestión financiera

En la tabla siguiente, se describe la distribución de frecuencias relativas en porcentajes de los componentes de la Función Financiera, en el escenario actual y en los escenarios tendenciales 2018 y 2023, según la escala de Likert utilizada.

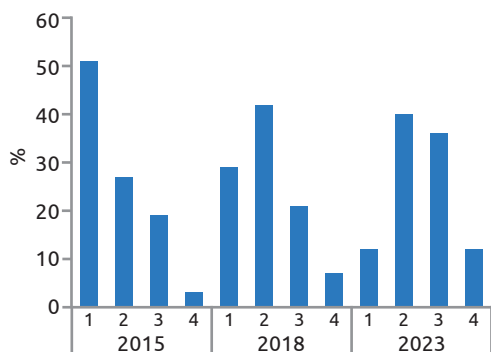
Tabla 10
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función Financiera
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015				2018				2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Formular su Presupuesto	50,88	26,61	19,18	3,13	29,35	42,07	21,33	7,05	12,35	39,61	36,27	11,76
Gastar su Propuesto	51,86	30,92	14,87	2,35	27,98	45,60	19,57	6,46	10,81	41,65	35,95	11,59
Establecer prioridades en la asignación de recursos	42,66	31,70	22,50	3,13	25,64	41,29	25,64	7,24	11,18	37,25	39,22	12,35
Establecer un plan de inversiones	43,05	29,94	23,68	3,33	26,22	42,07	23,48	8,02	10,98	39,41	36,08	13,53
Función financiera	47,14	29,81	20,07	2,99	27,30	42,76	22,50	7,19	11,33	39,48	36,88	12,31

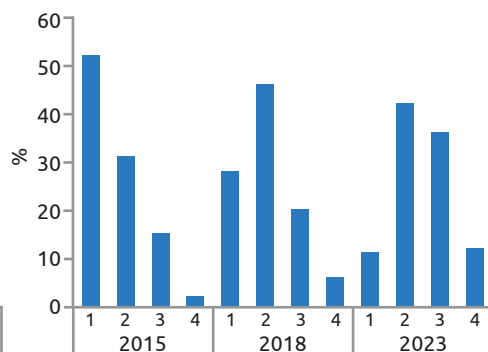
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

A continuación, se presentan gráficos de barras que describen estas distribuciones utilizando las frecuencias relativas.

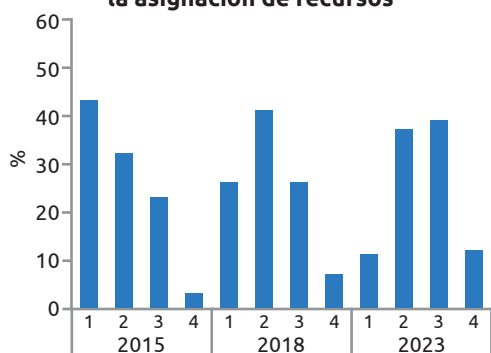
53. Formular su Presupuesto



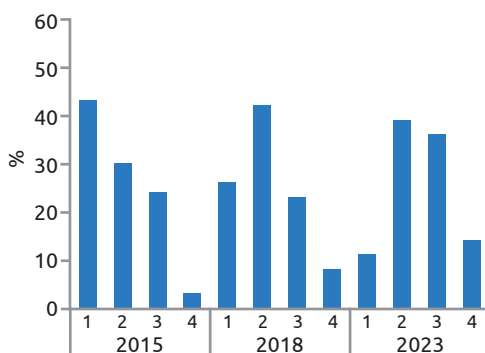
54. Gastar su Presupuesto



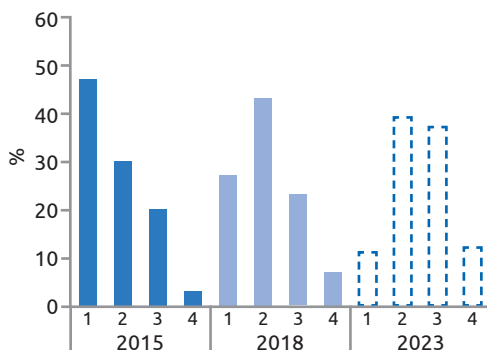
55. Establecer prioridades en la asignación de recursos



56. Establecer un plan de inversiones



57. Función financiera



En la tabla siguiente, se describen el Desempeño de los Espacios de Decisión (DED), la función y sus componentes en el escenario actual y los escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023, desde la visión de los informantes claves entrevistados.

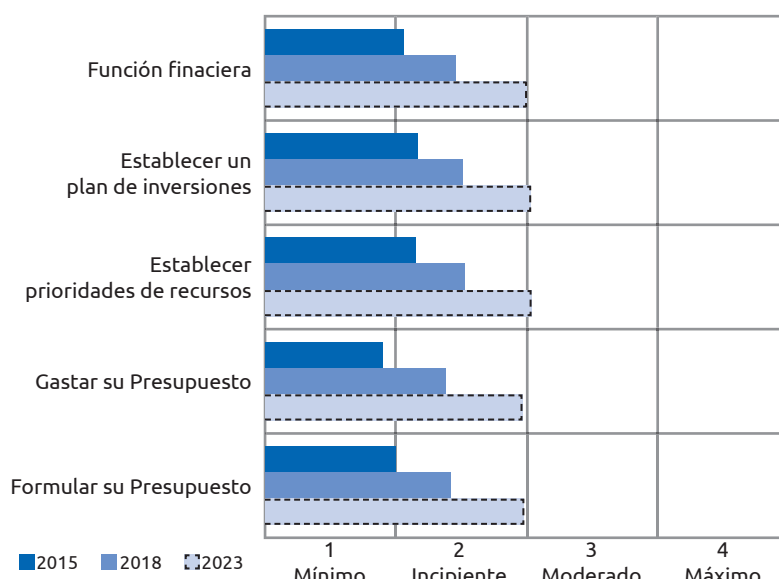
Tabla 11
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función Financiera
DED de las respuestas en escala de Likert para el escenario actual y
escenarios prospectivos

Escenarios	2015	2018	2023
Formular su Presupuesto	0,44	0,51	0,62
Gastar su Propuesto	0,42	0,51	0,62
Establecer prioridades en la asignación de recursos	0,47	0,54	0,63
Establecer un plan de inversiones	0,47	0,53	0,63
Función financiera	0,45	0,52	0,63

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

A continuación, se categorizan los resultados del DED en 1: mínimo espacio de decisión, 2: incipiente espacio de decisión, 3: moderado espacio de decisión y 4: máximo grado de decisión; y se representan gráficamente en el mapa prospectivo para esta función, según escenarios tendenciales posibles.

58. Función financiera y componentes.
Espacios de decisión según categorías



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Como puede observarse, la función financiera se caracteriza por un espacio de decisión de mínimo a incipiente, en el escenario actual. Los escenarios tendenciales proyectados por los entrevistados, al 2018 y al 2023, se mantienen en un margen apenas incipiente de espacio de decisión. Es decir, se percibe que los cambios serán

mínimos, el Principal seguirá controlando los recursos financieros y sus operaciones y los Agentes tendrán un estrecho rango de control para manejar los recursos.

Esta proyección se reproduce en todos los componentes de la función financiera. En efecto, los escenarios tendenciales se describen como incipientes, cuando se valora el grado de control que tendrían los Agentes en el 2018 y 2023 para formular su presupuesto, para gastarlo, para establecer prioridades e incluir un plan de inversiones para el sistema local de salud.

Estos resultados, reflejan también la baja expectativa en relación a un cambio de política de descentralización que transfiera a las administraciones locales los recursos y las competencias para gestionarlos, con base a las necesidades de la comunidad.

Función de gestión de recursos humanos

En la tabla siguiente se describe la distribución de frecuencias relativas en porcentaje de los componentes de la Función de Gestión de Recursos Humanos, en el escenario actual y en los escenarios tendenciales 2018 y 2023, considerando la escala de Likert y según las proyecciones de los entrevistados.

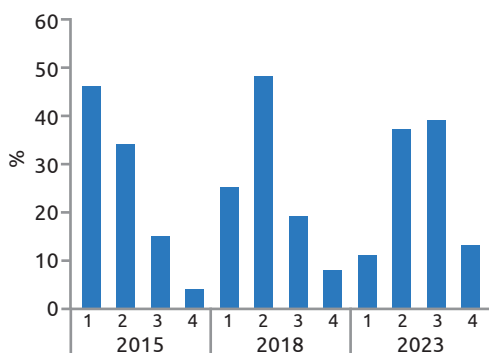
Tabla 12
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función Recursos Humanos
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015				2018				2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Incorporar	45,99	34,44	15,46	3,91	24,90	47,83	19,37	7,91	11,09	37,03	39,01	12,87
Asignar funciones	22,11	25,44	34,25	17,81	12,23	32,15	35,50	20,12	4,15	27,08	44,07	24,70
Distribución de carga horaria	22,70	23,48	32,88	20,94	13,33	28,24	33,14	25,29	5,88	22,55	42,55	29,02
Promover e incentivar	25,64	33,46	33,46	7,44	15,88	35,29	37,65	11,18	7,25	28,63	46,67	17,45
Sancionar	34,44	29,55	28,96	6,85	18,24	37,65	31,96	12,16	8,25	31,63	44,40	15,72
Movilizar o trasladar	35,03	30,53	27,40	6,85	19,22	38,24	31,57	10,98	7,86	33,99	41,45	16,70
Desvincular	43,05	36,99	17,03	2,94	25,93	44,79	21,41	7,86	12,77	35,17	40,28	11,79
Función recursos humanos	32,75	30,59	27,09	9,54	18,53	37,73	30,10	13,64	8,18	30,86	42,64	18,32

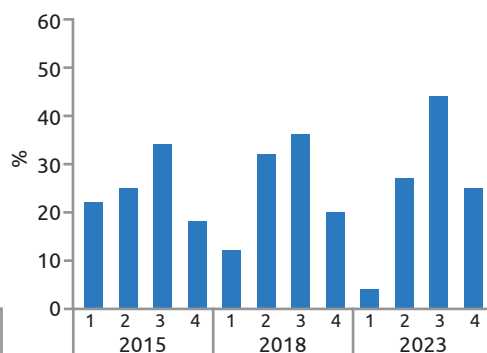
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

A continuación, se presentan gráficos de barras que describen estas distribuciones, utilizando las frecuencias relativas en porcentaje, para el escenario actual y los escenarios tendenciales proyectados por los entrevistados.

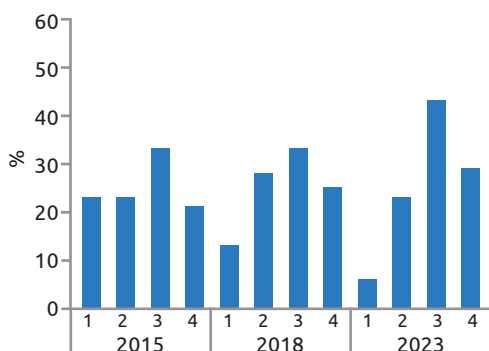
59. Incorporar



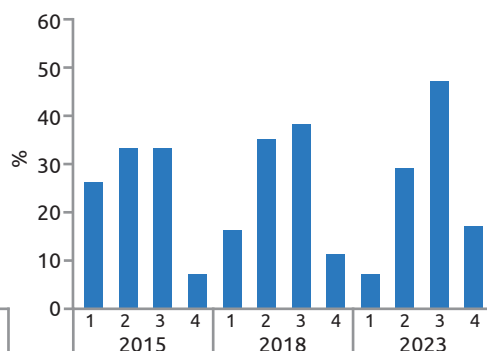
60. Asignar funciones



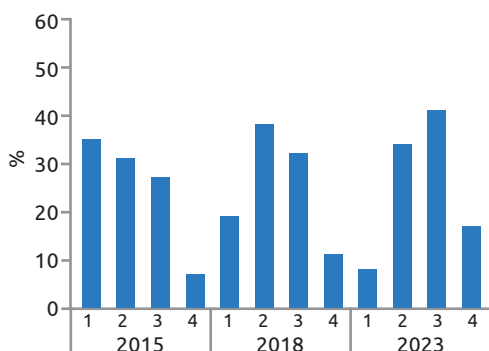
61. Distribución de la carga horaria



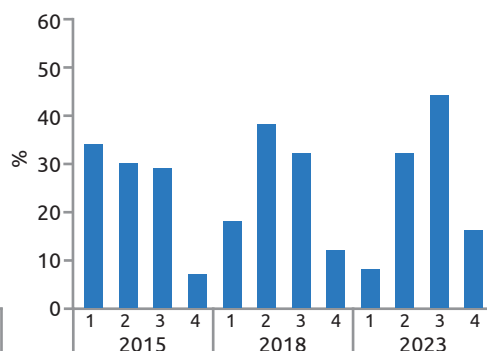
62. Promover e incentivar



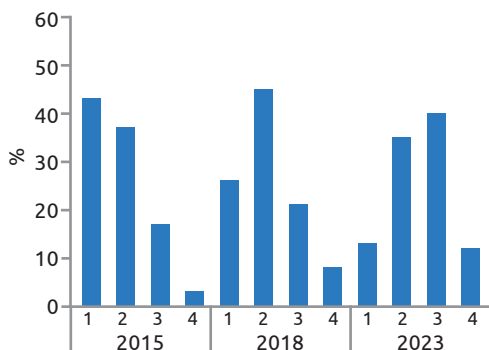
63. Mover o trasladar



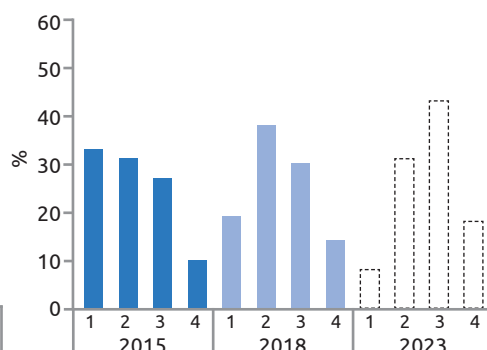
64. Sancionar



65. Desvincular



66. Función recursos humanos



En la Tabla 13, se presenta el Desempeño de los Espacios de Decisión (DED) para cada componente en el escenario actual y los escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023.

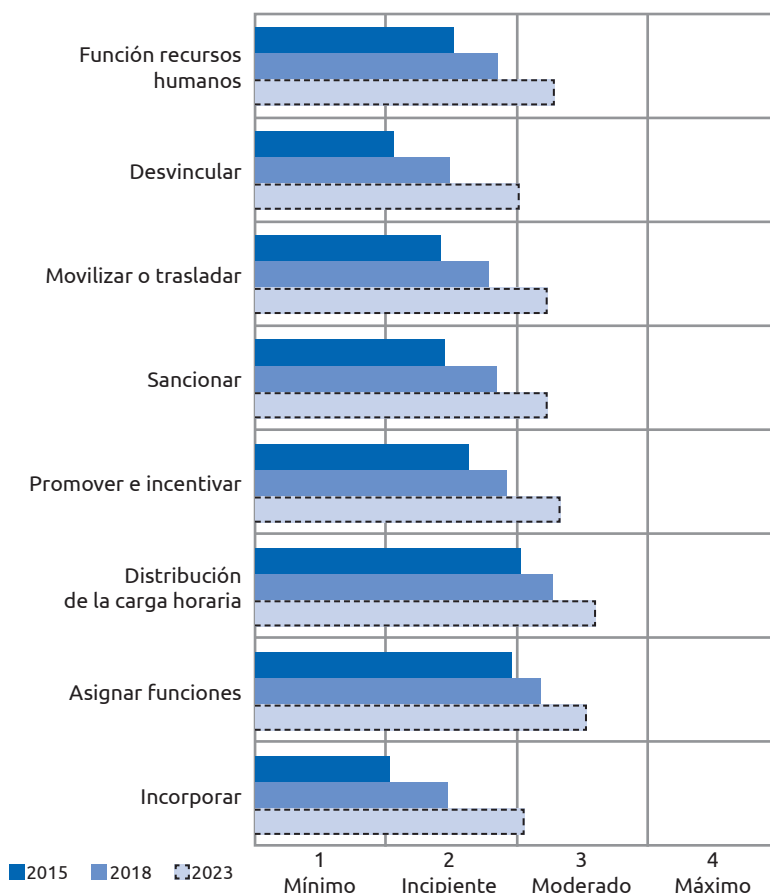
Tabla 13
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función Recursos Humanos
Desempeño (%) de las respuestas en escala de Likert para el
escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015	2018	2023
Incorporar	0,44	0,53	0,63
Asignar funciones	0,62	0,66	0,72
Distribución de la carga horaria	0,63	0,68	0,74
Promover e incentivar	0,56	0,61	0,69
Sancionar	0,52	0,60	0,67
Movilizar o trasladar	0,52	0,59	0,67
Desvincular	0,45	0,53	0,63
Función recursos humanos	0,53	0,60	0,68

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Seguidamente, se categorizan los resultados del DED en 1: mínimo espacio de decisión, 2: incipiente espacio de decisión, 3: moderado espacio de decisión, y 4: máximo grado de poder de decisión; y se representan gráficamente en el mapa prospectivo para esta función, según escenarios tendenciales posibles identificados por los entrevistados.

**67. Función recursos humanos y componentes.
Espacios de decisión según categorías**



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Esta es una función que ha sido valorada con un espacio de decisión estrecho, apenas incipiente. En general, los resultados muestran un poder de decisión más reducido, sobre todo en los procesos para incorporar nuevos recursos humanos y para desvincularlos o despedirlos; y evidencian un poder un poco mayor, pero siempre incipiente, para cuestiones funcionales. El control que ejerce el Principal sobre sus agentes en esta función, también es casi total, pero con espacios no formales de decisión un poco más amplios que la función de gestión financiera.

En general, hay pocas expectativas de un cambio significativo en los escenarios tendenciales, sobre todo para el 2018, año en que se anticipa una permanencia de la función en un rango incipiente de espacio de decisión. Para el 2023, se amplía un poco más la proyección hasta alcanzar un rango moderado de poder de decisión local sobre la gestión de recursos humanos.

En el escenario tendencial para el 2018, los componentes más funcionales, como asignar horarios y funciones, pueden ampliar su espacio de decisión hasta un rango

moderado, pero los componentes más administrativos se mantienen en un rango apenas incipiente.

Hay mayor expectativa de más control local sobre la gestión de recursos humanos para un escenario posible en el 2023, alcanzando un rango moderado en todos los componentes.

Es posible que esta mayor expectativa para aumentar el poder local sobre los recursos humanos, se sustente en la ampliación del espacio no formal de decisión, porque en los escenarios tendenciales no se identifican cambios sustanciales en la política de descentralización en salud.

Función reglas de dirección

La Tabla 14 describe la distribución de frecuencias relativas en porcentaje, de los componentes de la Función Reglas de Dirección en el escenario actual y en los escenarios tendenciales 2018 y 2023, según la escala de Likert utilizada y la proyección realizada por los entrevistados que participaron en el estudio.

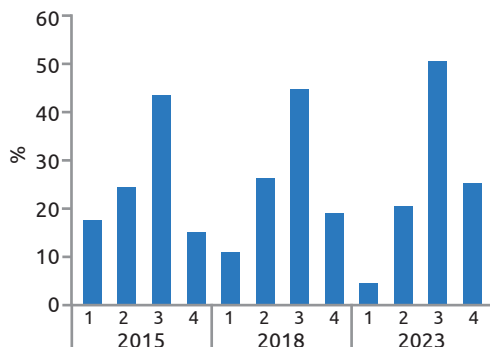
Tabla 14
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Dirección)
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015				2018				2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaborar planes en la institución	17,42	24,27	43,25	14,87	10,59	26,08	44,51	18,82	4,31	20,20	50,39	25,10
Fijar metas de gestión	14,87	24,85	44,62	15,66	8,82	25,49	44,90	20,78	3,73	17,06	52,55	26,67
Controlar el cumplimiento metas y tareas	13,89	27,01	48,14	10,96	6,68	28,09	50,88	14,34	3,73	16,08	54,71	25,49
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	31,12	36,79	25,24	6,85	17,25	40,39	31,96	10,39	9,41	28,82	42,75	19,02
Designar los directores en su organización	31,51	30,33	27,59	10,37	19,22	31,37	34,51	14,90	9,63	27,70	42,83	19,84
Contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	36,40	40,51	17,61	5,48	21,76	45,29	23,14	9,80	13,73	30,00	42,75	13,53
Función reglas de dirección	24,22	30,65	34,43	10,70	14,06	32,79	38,31	14,84	7,42	23,31	47,66	21,61

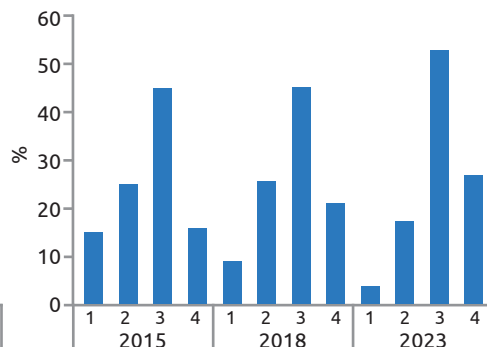
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

A continuación, se presentan gráficos de barras que describen estas distribuciones, utilizando las frecuencias relativas para el escenario actual y los escenarios tendenciales posibles 2018 y 2023.

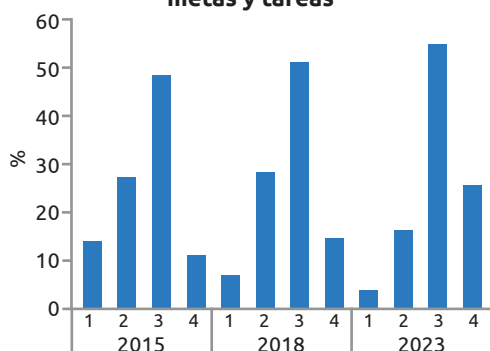
68. Elaborar planes en la institución



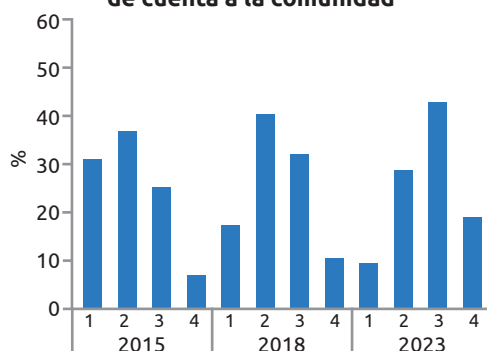
69. Fijar metas de gestión



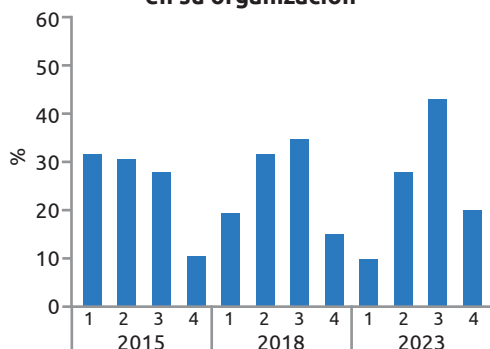
70. Controlar el cumplimiento metas y tareas



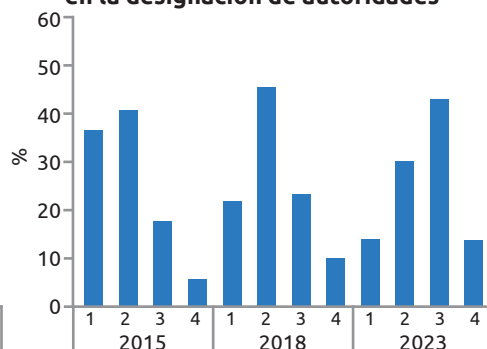
71. Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad



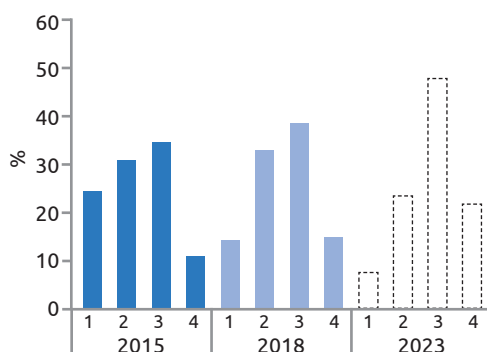
72. Designar los directores en su organización



73. Contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades



74. Función reglas de dirección



En la tabla siguiente, se presentan los resultados del desempeño de espacios de decisión (DED), para cada componente de esta función, en los tres escenarios referidos.

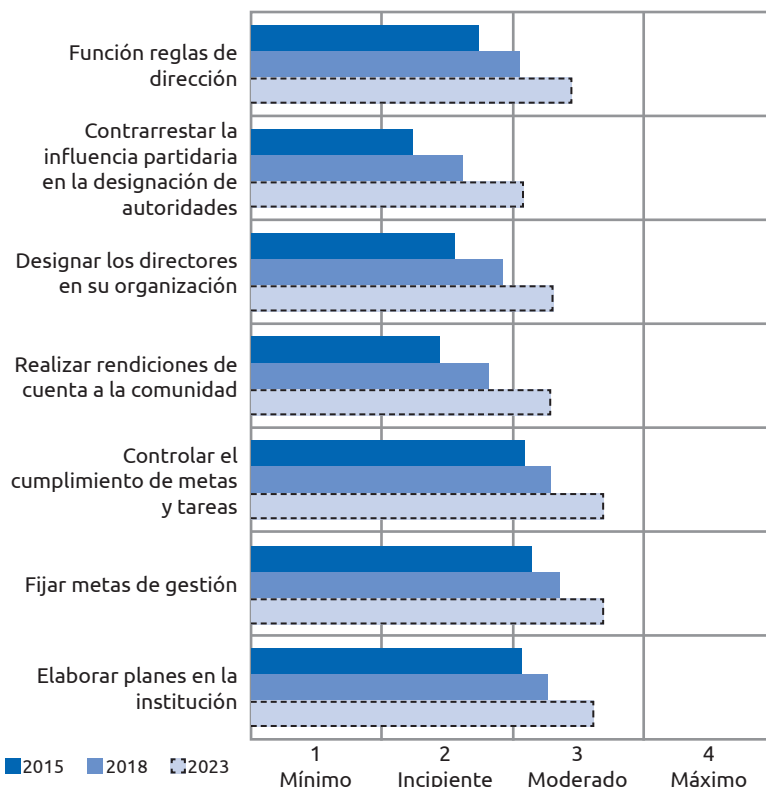
Tabla 15
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Dirección
DED de las respuestas en escala de Likert para el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015	2018	2023
Elaborar planes en la institución	0,64	0,68	0,74
Fijar metas de gestión	0,65	0,69	0,76
Controlar el cumplimiento metas y tareas	0,64	0,68	0,75
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	0,52	0,59	0,68
Designar los directores en su organización	0,54	0,61	0,68
Contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	0,48	0,55	0,64
Función reglas de dirección	0,58	0,63	0,71

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

En el siguiente gráfico, se categorizan los resultados del DED en 1: mínimo espacio de decisión, 2: incipiente espacio de decisión, 3: moderado espacio de decisión y 4: máximo grado de decisión; y se representan gráficamente en el mapa prospectivo para esta función, según escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023, a partir del escenario actual referido al 2015.

**75. Función de Dirección y componentes.
Espacios de decisión según categorías**



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Como puede apreciarse, el escenario tendencial 2018 se caracteriza por muy poca variación en la ampliación del espacio de decisión en la función Reglas de Dirección y sus componentes, permaneciendo en el mismo rango que en el escenario actual.

El escenario tendencial de largo plazo para el 2023, en cambio, es más optimista, ya que se tiene la expectativa que en todos los componentes se tendrá un mayor poder local caracterizado por un rango moderado de espacios de decisión.

Función de organización

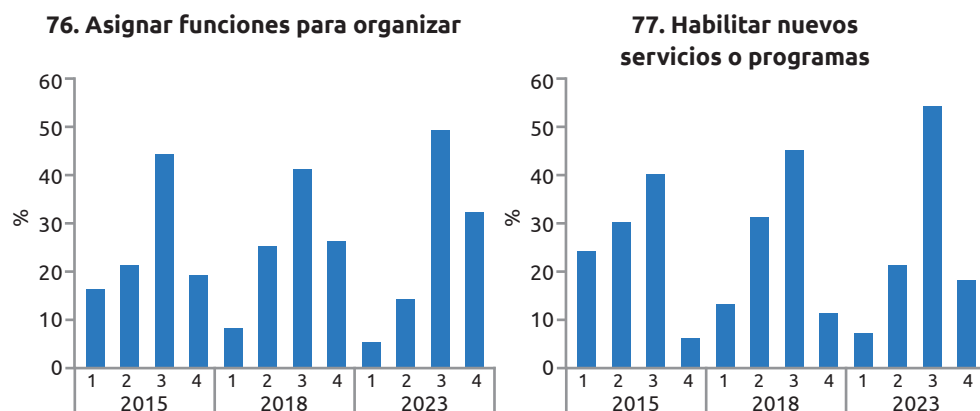
La tabla siguiente describe la distribución de frecuencias relativas en porcentaje de los componentes de la Función de Organización, en el escenario actual y en los escenarios tendenciales 2018 y 2023, según la escala de Likert utilizada y la proyección expresada por los entrevistados.

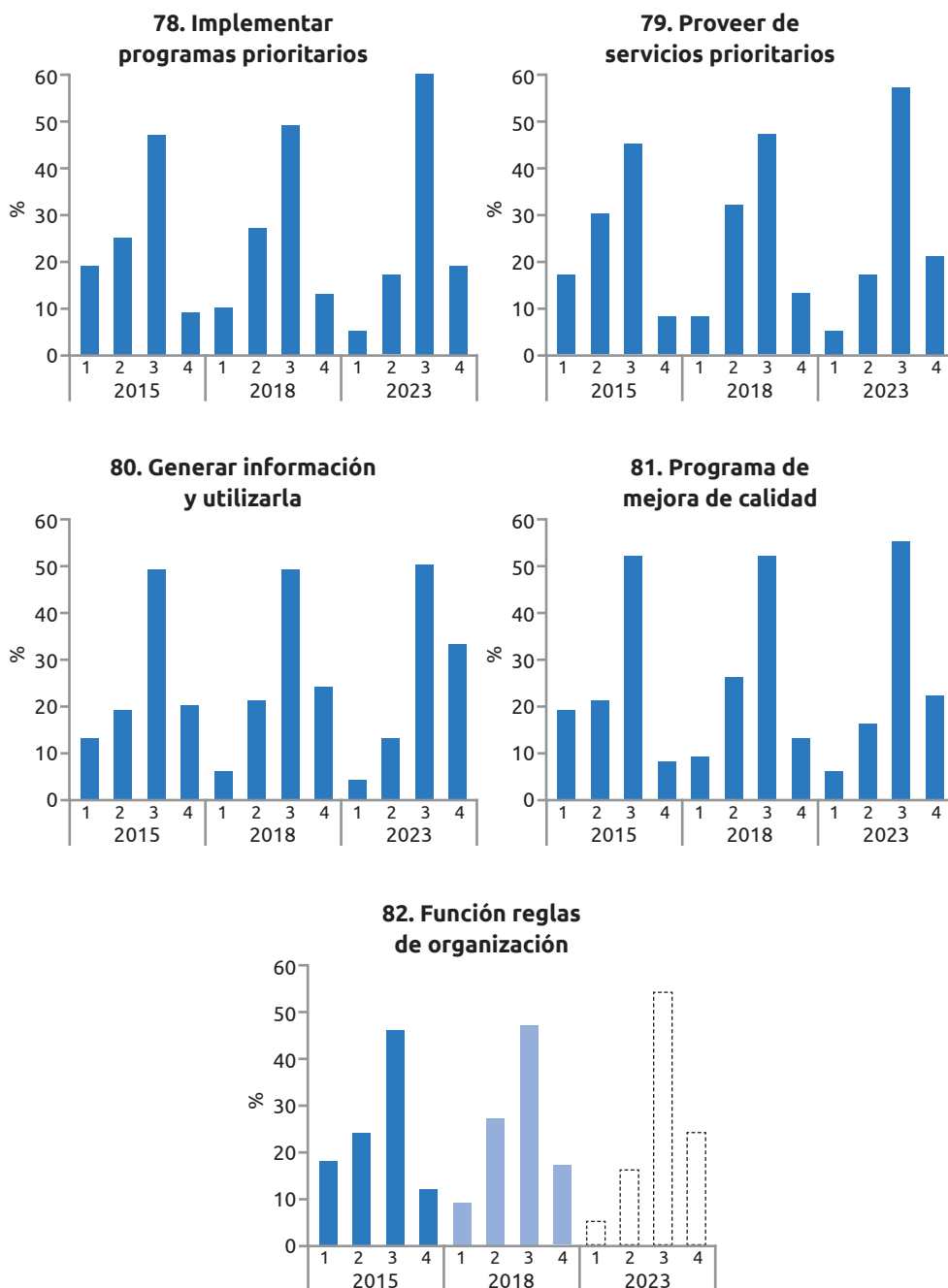
Tabla 16
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Organización
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015				2018				2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Asignar funciones para organizar	15,85	20,94	43,84	19,37	7,84	25,10	41,37	25,69	4,71	14,31	49,22	31,76
Habilitar nuevos servicios o programas	23,87	29,55	39,92	6,46	12,97	30,84	44,79	11,39	7,09	20,87	53,94	18,11
Implementar de programas prioritarios	19,18	25,24	46,58	9,00	10,39	27,25	49,02	13,33	5,11	16,70	59,53	18,66
Proveer de servicios prioritarios	17,22	29,55	44,62	8,41	7,66	32,22	46,95	13,16	5,12	17,13	56,89	20,87
Generar información y utilizarla	12,52	18,79	48,92	19,77	5,88	21,18	49,02	23,92	3,92	12,75	50,00	33,33
Programa de mejora de calidad	18,59	21,33	52,05	8,02	9,22	25,88	52,35	12,55	6,47	16,27	55,29	21,96
Función reglas de organización	17,89	24,25	46,02	11,85	8,99	27,08	47,25	16,68	5,40	16,33	54,14	24,12

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Los siguientes gráficos de barras describen estas distribuciones, utilizando las frecuencias relativas para cada componente de la función y según los escenarios actuales y tendencias posibles destacados por los entrevistados.





En la Tabla 17, se presenta el Desempeño de Espacios de Decisión (DED) para cada componente de la función de organización, tanto para el escenario actual como para los escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023.

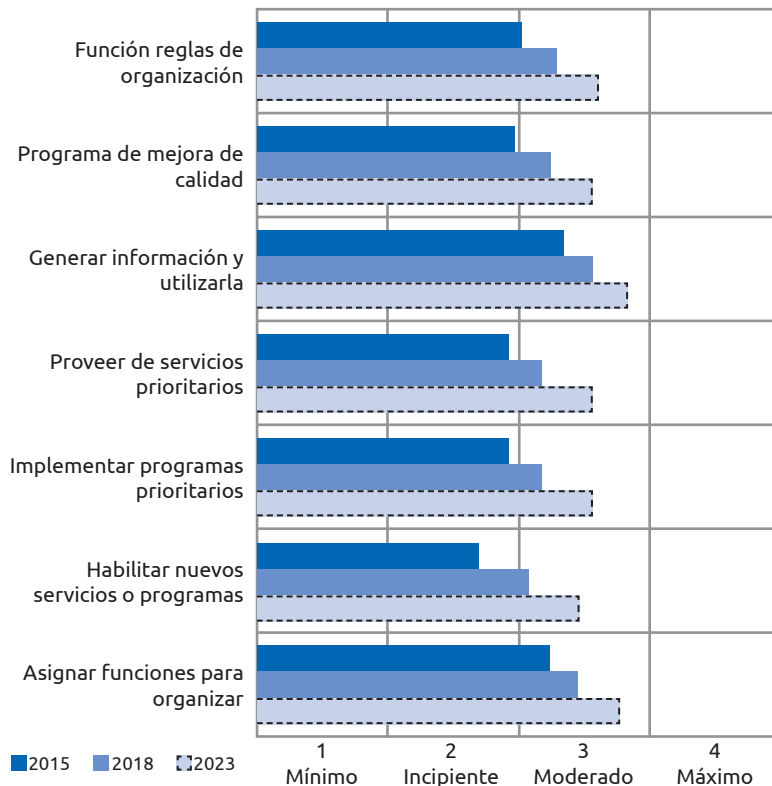
Tabla 17
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Organización)
DED en % de las respuestas en escala de Likert para el escenario actual y
escenarios prospectivos

Escenarios	2015	2018	2023
Asignar funciones para organizar	0,67	0,71	0,77
Habilitar nuevos servicios o programas	0,57	0,64	0,71
Implementar de programas prioritarios	0,61	0,66	0,73
Proveer de servicios prioritarios	0,61	0,66	0,73
Generar información y utilizarla	0,69	0,73	0,78
Programa de mejora de calidad	0,62	0,67	0,73
Función reglas de organización	0,63	0,68	0,74

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

En el gráfico que sigue se categorizan los resultados del DED en 1: mínimo espacio de decisión, 2: incipiente espacio de decisión, 3: moderado espacio de decisión y 4: máximo grado de decisión; y se representan gráficamente en el mapa prospectivo para esta función, según escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023 a partir del escenario actual referido al 2015.

83. Función de Organización y componentes
Espacios de decisión según categorías



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Como puede apreciarse, la expectativa es que para el 2018 aumente la capacidad local de control en las decisiones que tienen que ver con la organización de servicios de salud, proyectando un rango moderado de espacios de decisión en todos los componentes.

A más largo plazo, para el 2023, la tendencia se mantendría en un rango moderado de espacios de decisión en todos los componentes, incluso para proveer nuevos programas y aquellos prioritarios para la comunidad.

Esta función es la que presenta mayor espacio de decisión entre todas las demás, pero incluso en una proyección de largo plazo no se espera alcanzar un grado máximo de desconcentración. La alta centralidad del Ministerio de Salud, el Principal, se proyecta en todos los escenarios y funciones.

Función reglas de acceso

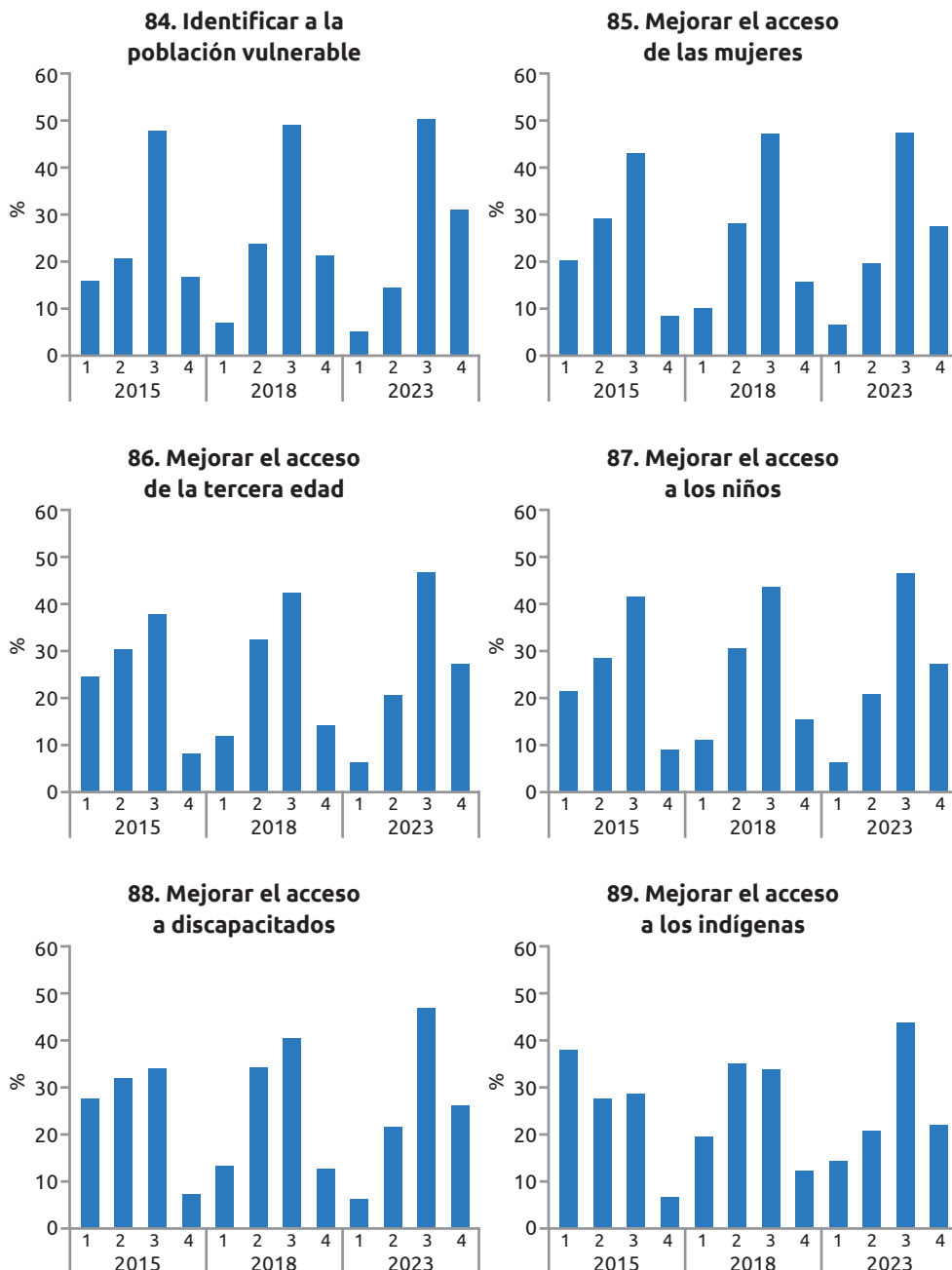
La tabla que sigue, describe la distribución de frecuencias relativas en porcentaje de los componentes de la Función Reglas de Acceso en el escenario actual y en los escenarios tendenciales 2018 y 2023, según la escala de Likert utilizada y las proyecciones de los entrevistados.

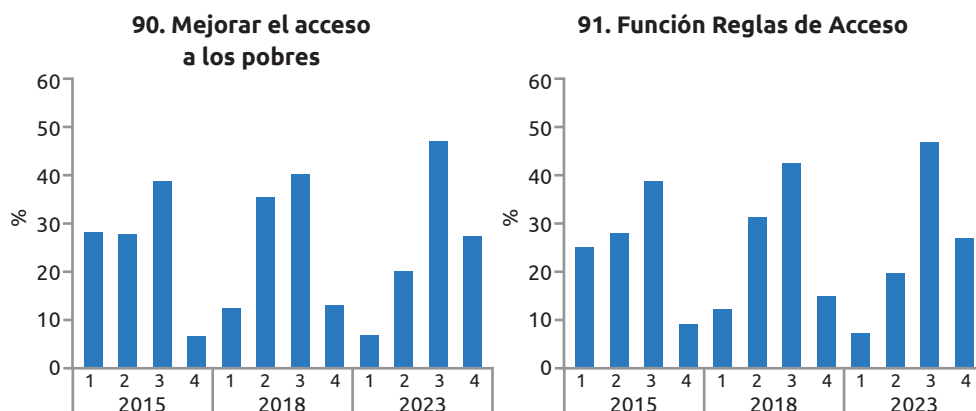
Tabla 18
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Reglas de Acceso)
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015				2018				2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Identificar a la población vulnerable	15,66	20,35	47,55	16,44	6,67	23,53	48,82	20,98	4,90	14,31	50,00	30,78
Mejorar el acceso de las mujeres	19,96	28,96	42,86	8,22	9,80	27,84	46,86	15,49	6,27	19,41	47,06	27,25
Mejorar el acceso a los niños	21,33	28,38	41,29	8,81	10,78	30,39	43,53	15,29	6,08	20,59	46,27	27,06
Mejorar el acceso de la tercera edad	24,27	30,14	37,57	8,02	11,76	32,16	42,16	13,92	6,08	20,39	46,47	27,06
Mejorar el acceso a discapacitados	27,40	31,70	33,86	7,05	13,14	34,12	40,20	12,55	6,08	21,37	46,67	25,88
Mejorar el acceso a los indígenas	37,77	27,40	28,38	6,46	19,41	34,90	33,73	11,96	14,12	20,59	43,53	21,76
Mejorar el acceso a los pobres	27,98	27,40	38,36	6,26	12,16	35,10	40,00	12,75	6,47	19,80	46,67	27,06
Función Reglas de Acceso	24,91	27,76	38,55	8,75	11,96	31,15	42,18	14,71	7,14	19,50	46,67	26,69

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Los gráficos de barras que se presentan a continuación, describen estas distribuciones utilizando las frecuencias relativas para cada componente en los tres escenarios estudiados, según la escala de Likert utilizada.





En la tabla que sigue, se presenta el desempeño de los espacios de decisión (DED) para cada componente de la función reglas de acceso en el escenario actual y los escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023.

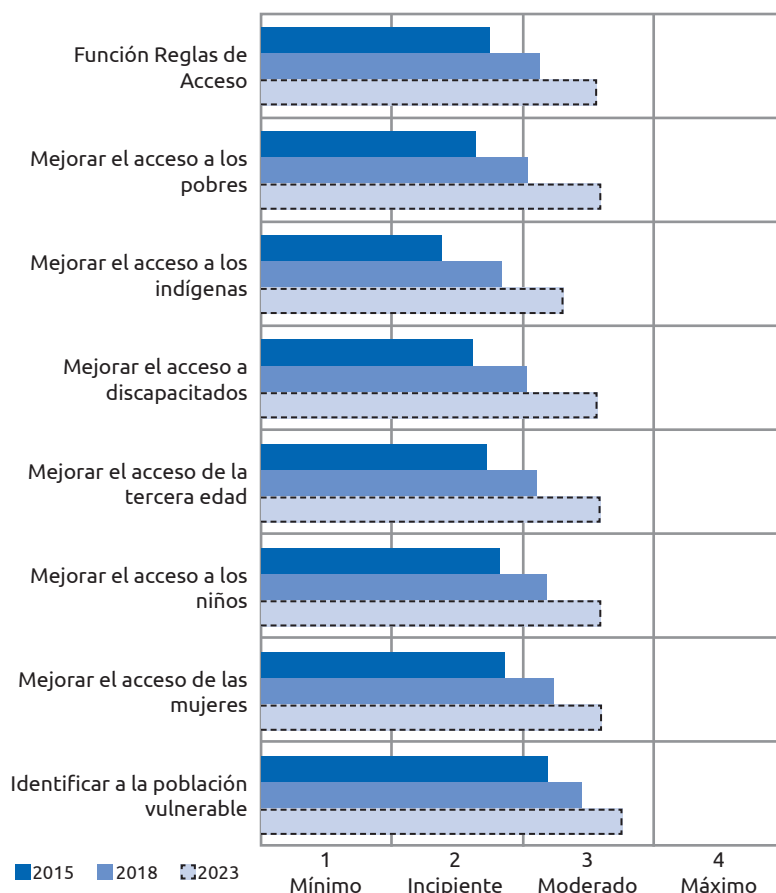
Tabla 19
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Reglas de Acceso
DED de las respuestas en escala de Likert para el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015	2018	2023
Identificar a la población vulnerable	0,66	0,71	0,77
Mejorar el acceso de las mujeres	0,60	0,67	0,74
Mejorar el acceso a los niños	0,59	0,66	0,74
Mejorar el acceso de la tercera edad	0,57	0,65	0,74
Mejorar el acceso a discapacitados	0,55	0,63	0,73
Mejorar el acceso a los indígenas	0,51	0,60	0,68
Mejorar el acceso a los pobres	0,56	0,63	0,74
Función Reglas de Acceso	0,58	0,65	0,73

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

En el siguiente gráfico se categorizan los resultados del DED en 1: mínimo espacio de decisión, 2: incipiente espacio de decisión, 3: moderado espacio de decisión y 4: máximo grado de decisión; y se representan gráficamente en el mapa prospectivo para esta función, según escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023 partiendo del escenario actual referido al 2015.

92. Función Reglas de Acceso y componentes Espacios de decisión según categorías



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Los entrevistados expresaron su expectativa, en que los escenarios tendenciales pueden caracterizarse por un mayor poder de decisión, para mejorar el acceso de poblaciones vulnerables locales, tanto para el 2018 como para el 2023.

La proyección para estos escenarios, es que el espacio de decisión se amplíe a un rango al menos moderado, lo que contrasta con el margen estrecho o incipiente de poder decisión que caracteriza a esta función en el escenario actual.

Esta expectativa es compatible con las políticas, al menos enunciadas, para mejorar la salud materna e infantil, la inclusión de los pobres y de personas con discapacidad y de la tercera edad. En el escenario actual, se percibe que es poco lo que en la práctica se realiza para mejorar el acceso de estas poblaciones.

Participación social

En la Tabla 20 se describe la distribución de frecuencias relativas en porcentaje, de los componentes de Participación Social en el escenario actual y en los escenarios tendenciales 2018 y 2023, según la escala de Likert utilizada.

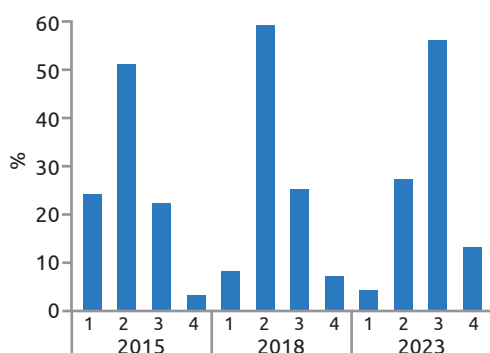
Tabla 20
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Participación Social
Distribución de frecuencias en % según escala de Likert en el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015				2018				2023			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Definición de prioridades	24,27	51,27	21,53	2,94	8,22	59,10	25,24	7,44	4,11	27,01	55,77	13,11
Planificación	25,64	47,55	24,85	1,76	9,41	56,67	27,45	6,47	4,71	28,24	54,31	12,75
Rendición de cuentas	28,38	45,60	22,90	2,94	10,00	51,96	31,18	6,86	6,09	24,95	55,01	13,95
Situaciones de emergencia	27,98	39,73	28,38	3,72	13,19	46,46	32,68	7,68	7,50	23,08	55,42	14,00
Actividades de promoción y prevención	17,22	46,77	31,51	4,11	8,66	46,06	37,80	7,48	5,91	21,85	57,48	14,76
Organización de servicios asistenciales	18,98	44,03	31,31	5,48	8,64	43,42	39,29	8,64	4,13	23,62	56,69	15,55
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	19,18	47,16	29,16	3,91	7,66	46,37	38,90	7,07	5,14	22,92	56,52	15,42
Función Participación	23,13	46,09	27,14	3,56	9,40	50,01	33,21	7,38	5,37	24,53	55,89	14,22

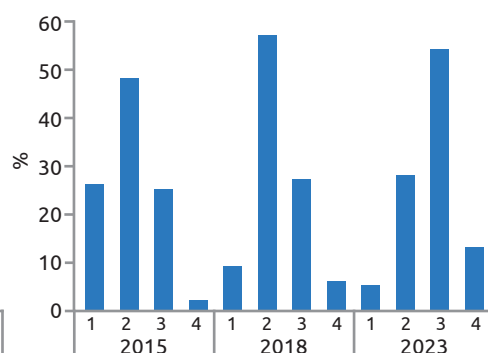
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Los gráficos de barras que se presentan seguidamente, describen estas distribuciones utilizando las frecuencias relativas para los tres escenarios referidos.

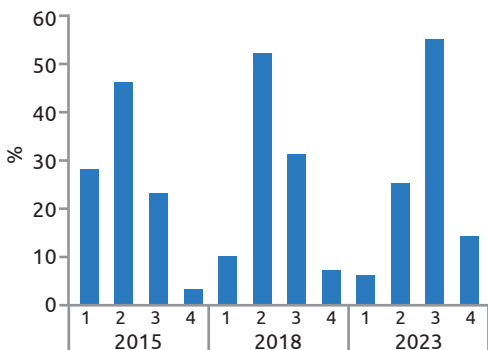
93. Definición de prioridades



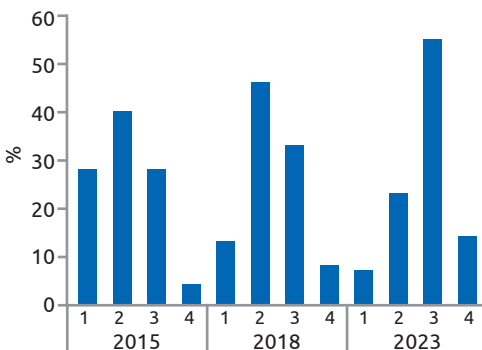
94. Planificación



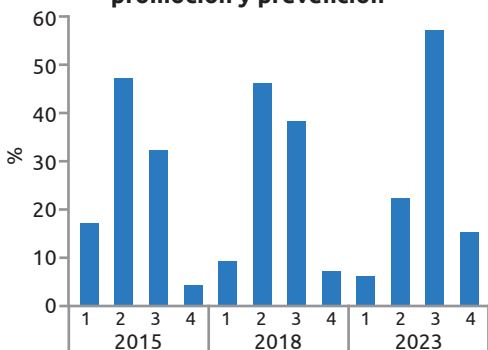
95. Rendición de cuentas



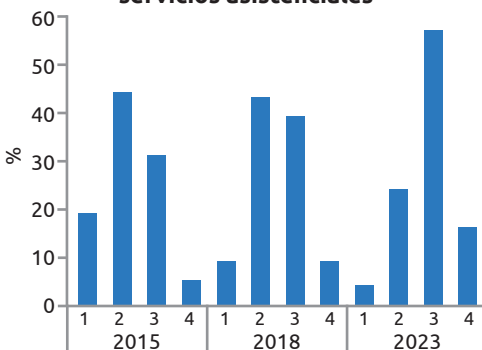
96. Situaciones de emergencia



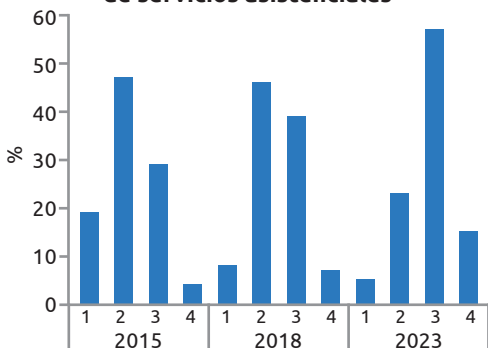
97. Actividades de promoción y prevención



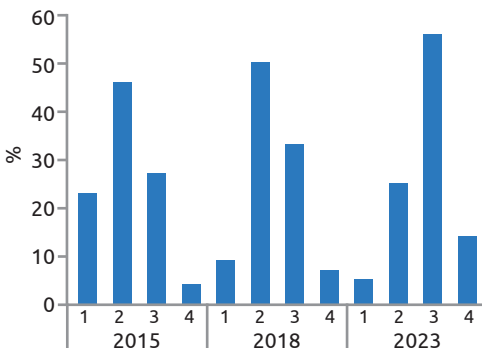
98. Organización de servicios asistenciales



99. Mejora de la calidad de servicios asistenciales



100. Función Participación



En la siguiente tabla, se presentan los resultados de desempeño de espacios de decisión para cada componente en el escenario actual y los escenarios tendenciales posibles para el 2018 y 2023.

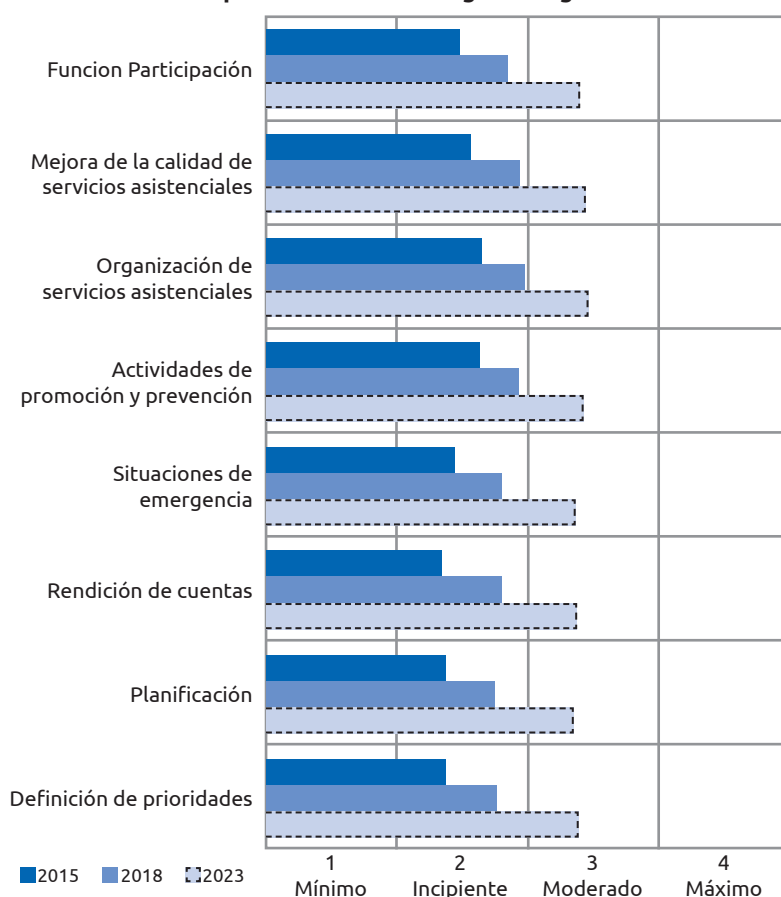
Tabla 21
Espacios de decisión en la descentralización de salud del Paraguay
Función de Participación. DED en % de las respuestas en escala de Likert para
el escenario actual y escenarios prospectivos

Escenarios	2015	2018	2023
Definición de prioridades	0,51	0,58	0,69
Planificación	0,51	0,58	0,69
Rendición de cuentas	0,50	0,59	0,69
Situaciones de emergencia	0,52	0,59	0,69
Promoción y prevención	0,56	0,61	0,70
Organización de servicios	0,56	0,62	0,71
Mejora de la calidad	0,54	0,61	0,71
Función Participación	0,53	0,60	0,70

Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

A continuación, se categorizan los resultados del DED en 1: mínimo espacio de decisión, 2: incipiente espacio de decisión, 3: moderado espacio de decisión y 4:

101. Función de Participación Social y componentes
Espacios de decisión según categorías



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

máximo grado de decisión; y se representan gráficamente en el mapa prospectivo para la participación social, según escenarios tendenciales posibles a partir del escenario actual referido al 2015.

La participación social está formalizada en los Consejos de Salud, que están reconocidos en la Ley 1032 que crea el Sistema Nacional de Salud. En la actualidad, los Consejos de Salud tienen cobertura en todos los municipios del país. Esta amplia cobertura, y el hecho que reciban transferencia de recursos para administrarlos y apoyar de esa manera la gestión de establecimientos locales, es muy valorada por los Agentes. Sin embargo, el monto que administran estos consejos en relación al monto total establecido en el presupuesto general de gastos, oscila apenas entre el 1 y 2% del total.

Los entrevistados perciben que en el escenario actual, los consejos de salud tienen poco poder para actuar sobre funciones específicas, como la rendición de cuentas, la mejora de la calidad de atención y la movilización para emprender actividades de prevención o, incluso, en situaciones de emergencia en la comunidad.

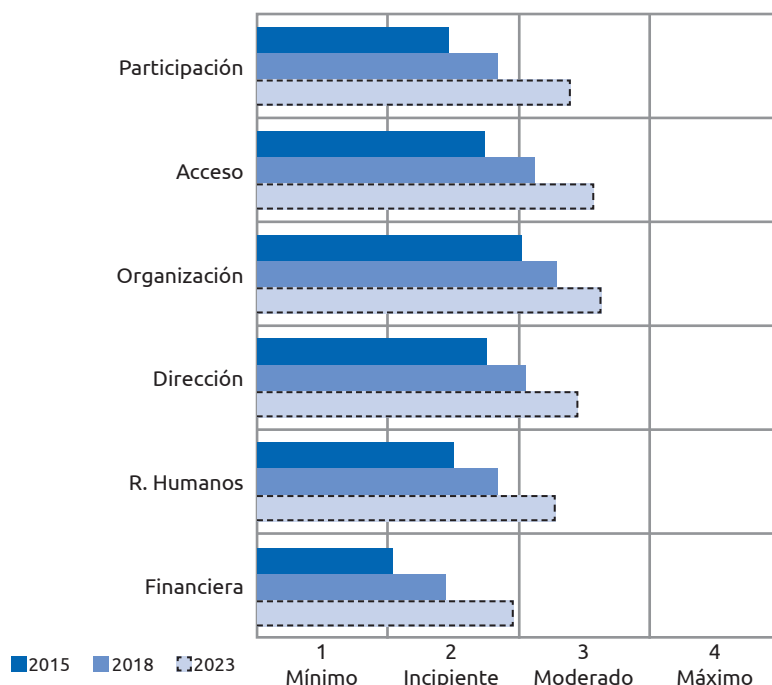
La tendencia para el 2018, se proyecta con una variación mínima, siempre en un rango apenas incipiente de poder de decisión, en todos los componentes de participación social que se han explorado. A más largo plazo, para el 2023, la expectativa es más optimista, esperando que el poder de decisión se amplíe hasta rangos moderados.

En ningún caso, el desempeño llega al máximo espacio de decisión, al menos como tendencia del modelo actual que caracteriza la descentralización de salud en Paraguay.

El mapa prospectivo de los espacios de decisión

Comparando el Desempeño de Espacios de Decisión (DED), resultante en cada función para cada uno de los escenarios analizados, actual y tendenciales, es posible construir un mapa prospectivo de la descentralización en salud en el Paraguay. Dicha construcción puede darse a partir de las proyecciones de los 510 informantes claves, que participaron en este estudio (directivos, profesionales con responsabilidad de gestión y miembros de Consejos de Salud).

102. Mapa actual y tendencial de los espacios de decisión de la descentralización de salud en el Paraguay



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Sobre la función financiera, la expectativa de ampliar el espacio de decisión es poco optimista. En efecto, aún a un largo plazo, se prevé que el Principal, Ministerio de Salud, siga controlando de una manera altamente centralizada esta función. Las proyecciones al 2018 y al 2023, se mantienen apenas en un rango incipiente de poder de decisión para controlar el presupuesto asignado para el funcionamiento de los establecimientos de salud en las distintas localidades del país.

En el control de recursos humanos, tampoco se prevé un cambio sustancial durante el presente periodo de gobierno, que culmina en el 2018. Hay un poco más de optimismo, en cuanto al control de la gestión de los recursos humanos, para el siguiente periodo gubernamental, proyectando que para el 2023, quizás se logre un control algo moderado, sobre la gestión del personal que trabaja en los establecimientos de salud de sus comunidades.

En los aspectos más funcionales, como dirigir y organizar los servicios de salud, las proyecciones señalan una ligera ampliación de los espacios de decisión, de incipientes a moderados. Lo mismo sucede en cuanto al poder de decisión para mejorar el acceso de grupos vulnerables de la comunidad. Los entrevistados expresaron que es posible ampliar ligeramente esta capacidad de incipiente a moderado, pero sin cambios significativos a largo plazo, siempre en un rango moderado.

En cuanto a la participación social, se puede concluir que en las condiciones actuales el poder de decisión se mantendrá en un rango incipiente. Sólo a largo plazo, al 2023, es posible que los Consejos de Salud aumenten su poder de decisión a un rango moderado.

Estos elementos señalan que la descentralización sanitaria en el Paraguay es apenas incipiente, y que los escenarios tendenciales ofrecen pocos cambios, manteniendo las características de la política de descentralización actuales. Sin embargo, existe una posición muy favorable hacia la descentralización, al menos en el discurso de los actores.

Escenario ideal

En este apartado se explora un escenario óptimo de descentralización, tal como lo componen los entrevistados para cada función; y en el siguiente apartado, los factores críticos que impiden un mayor avance del proceso.

“A su criterio, en una situación óptima para la descentralización en salud, las gobernaciones y municipalidades, ¿qué tanto deberían tener responsabilidades en la gestión de servicios sanitarios?”.

Esta fue una de las preguntas que respondieron los entrevistados. Más abajo, se presenta una tabla de resumen que describe la distribución de frecuencias y un gráfico que los representa, considerando la escala de Likert de 1 a 4 utilizada, donde 1 es mínima responsabilidad y 4 máxima responsabilidad.

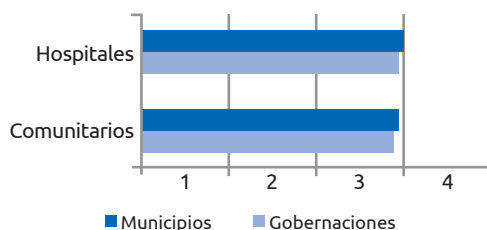
Tabla 22
En una situación óptima, las Gobernaciones ¿qué tanto deberían tener responsabilidades sobre la gestión de servicios sanitarios?

Escala de Likert	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Servicios comunitarios	30	5,87	70	13,70	190	37,18	221	43,25
Hospitales	16	3,13	88	17,22	182	35,62	225	44,03

Tabla 23
En una situación óptima, las Municipalidades ¿qué tanto deberían tener responsabilidades sobre la gestión de servicios sanitarios?

Escala de Likert	1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Servicios comunitarios	28	5,48	68	13,31	183	35,81	232	45,40
Hospitales	19	3,72	74	14,48	174	34,05	244	47,75

103. En una situación óptima, qué tanta responsabilidad deberían asumir los gobiernos sub nacionales?



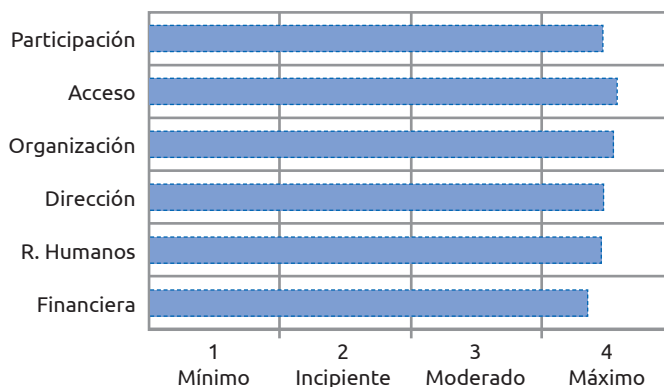
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

El 81% de los entrevistados, considera que las municipalidades deben tener control moderado o máximo sobre los servicios de salud comunitario y de hospitales. El 80% opina lo mismo para las gobernaciones. Es decir, existe una posición favorable para que la descentralización política en el campo de la salud avance, transfiriendo más responsabilidades (y recursos) hacia los gobiernos subnacionales, no solamente para aquellos servicios comunitarios, sino que también en el caso de los hospitales.

Hay que mencionar que los decretos reglamentarios de la Ley 1032, estaban orientados a transferir responsabilidades a través de los Consejos de Salud hasta el nivel de los centros de salud, los cuales prestan servicios de primer nivel de complejidad, fundamentalmente, es decir, servicios más bien comunitarios.

A continuación, se presenta el mapa del escenario ideal u óptimo referido por los entrevistados, por funciones financieras, de recursos humanos, de dirección, de organización, de reglas de acceso y de participación social, cuyos espacios de decisión están categorizados de 1 a 4 según la escala de Likert utilizada.

104. Descentralización de salud en el Paraguay. Espacios de decisión por funciones. Escenario óptimo o ideal expresado en el estudio de prospectiva.



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Claramente puede notarse una posición muy favorable hacia la descentralización sanitaria. Para todas las funciones, los entrevistados expresaron que en un escenario óptimo o ideal de la descentralización en salud, los Agentes, las autoridades locales, deberían tener un máximo poder de decisión para gestionar los recursos financieros (manejar su presupuesto), gestionar los recursos humanos (incorporar, despedir, sancionar, incentivar, trasladar), para dirigir y organizar los establecimientos (considerando las prioridades y preferencias de la comunidad), para mejorar el acceso de las poblaciones más vulnerables y para que la participación social sea amplia y efectiva.

Factores críticos

“A su criterio, ¿cuáles son los factores más críticos o determinantes que han limitado el proceso de descentralización en salud?”

Esta fue la pregunta realizada a los entrevistados, para explorar los factores críticos asociados al lento e incipiente proceso de descentralización en el campo de la salud. A partir de entrevistas en profundidad, se identificó un menú de hipótesis y se dio la oportunidad a los entrevistados de agregar cualquier otra hipótesis posible.

Se utilizó también una escala de Likert de 1 a 4, donde 1 correspondía a la mínima contribución del factor y 4 la máxima contribución del factor, como limitante del proceso. En la siguiente tabla, se describen las frecuencias simples y relativas de las respuestas sobre factores críticos que limitan la descentralización sanitaria en Paraguay, según la opinión de los entrevistados.

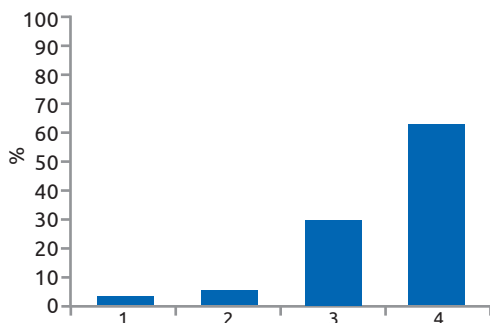
Tabla 24
¿Cuáles son los factores críticos que limitan la descentralización en salud?

Escala de Likert	n	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Afinidad política entre los principales actores	510	15	2,94	26	5,10	150	29,41	319	62,55
Reticencia a delegar autoridad por parte del Ministerio de Salud	511	6	1,17	70	13,70	217	42,47	218	42,66
Marco legal inadecuado	511	11	2,15	75	14,68	205	40,12	220	43,05
Burocracia excesiva	511	7	1,37	20	3,91	126	24,66	358	70,06
Presupuesto insuficiente	510	6	1,18	20	3,92	90	17,65	394	77,25
Capacidad de gestión limitada	511	11	2,15	34	6,65	173	33,86	293	57,34
Capacidad técnica limitada	511	17	3,33	25	4,89	212	41,49	257	50,29
Acceso limitado a tecnologías	510	13	2,55	45	8,82	169	33,14	283	55,49

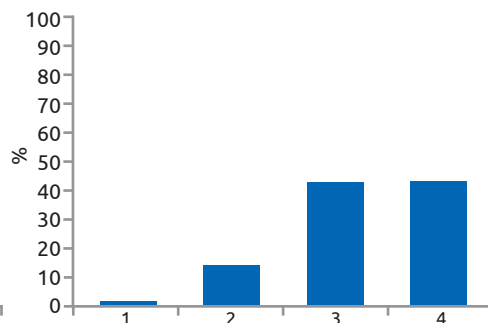
Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Los gráficos que siguen describen la distribución porcentual de las respuestas para cada factor crítico.

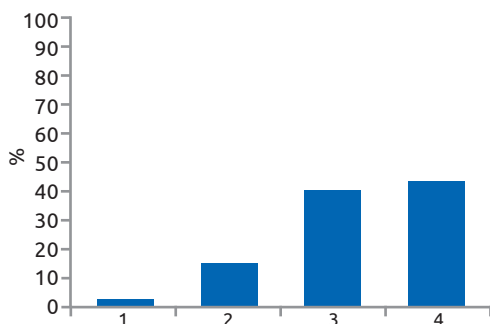
105. Afinidad política



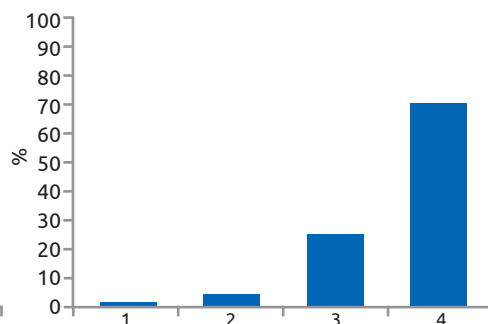
106. Reticencia a delegar autoridad



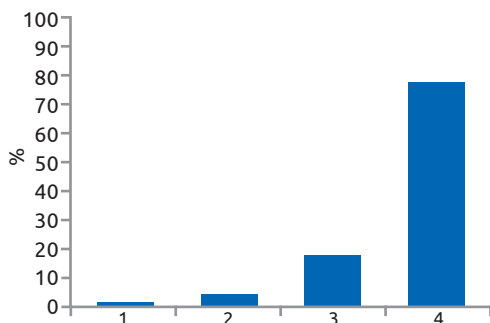
107. Marco legal inadecuado



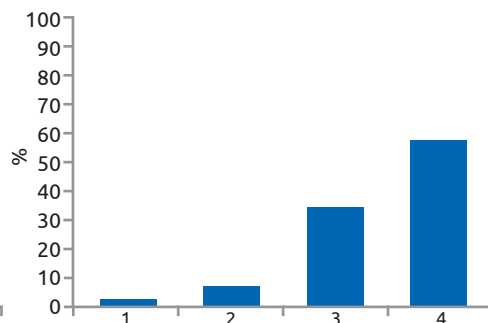
108. Burocracia excesiva

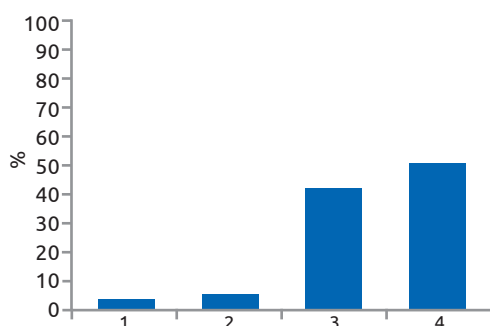
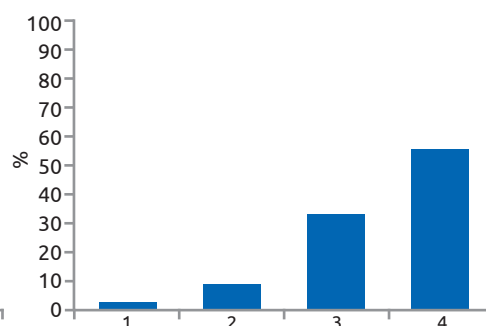


109. Presupuesto insuficiente



110. Capacidad de gestión limitada



111. Capacidad técnica limitada**112. Acceso limitado a tecnologías**

Como puede observarse, todos los resultados demuestran que la percepción se inclina –en alto porcentaje– sobre los valores 3 y 4 de la escala, es decir, de moderada a máxima contribución.

Las cuestiones políticas, como afinidad entre los actores y la reticencia a delegar autoridad por parte del Principal, son señaladas por algunos entrevistados.

Es evidente que la salud y la gestión sanitaria, tienen una alta valoración social y constituyen ámbitos de acción política muy importantes, en todos los niveles.

El control del poder sobre una institución que llega a más de 70% de la población, en cuanto a cobertura, tiene un significado importante en la gestión política. Otorgar recursos y posibilidad de gestión a actores o grupos que son oponentes electorales, y con quienes se disputa el poder local, departamental y nacional, puede ser una amenaza para el logro de objetivos electorales.

Esta situación podría ser parte de la explicación de espacios no formales de decisión, donde es posible plantear la hipótesis de que actores políticos afines tienen un mayor espacio de decisión (no formal) que actores políticos no afines.

No es extraño que los actores identifiquen el marco legal, como un factor crítico para avanzar en la descentralización. En distintos periodos de gobierno, han surgido opiniones sobre la necesidad de contar con un marco legal más específico en cuanto a la descentralización sectorial.

Si bien existe un marco legal vigente, que permite avanzar más en el proceso de descentralización política o desconcentración administrativa del sistema de salud, lo cierto es que los mecanismos legales no se han utilizado para llevarlo adelante en la práctica. En efecto, ni siquiera la delegación de competencias establecidas, tanto en la Ley Orgánica Municipal como en la Ley Orgánica Departamental, se ha utilizado en ningún periodo de Gobierno, desde la promulgación de la Constitución Nacional en 1992. La burocracia excesiva en las operaciones del Principal, en su interacción con los Agentes, es una limitante muy importante identificada.

Cuando surge un problema a nivel local, no siempre se logra establecer un canal efectivo de comunicación. Tampoco siempre se logra una respuesta oportuna. La burocracia no es quizás el único factor que determine estas realidades, quizás también la falta de planificación presupuestaria, debido al reducido poder local para influir y lograr que esta cuestión sea otro elemento a considerar.

Los Agentes locales, al no tener control sobre los recursos y sobre las decisiones de gestión, se limitan muchas veces a comunicar y hacer pedidos mediante notas, que van pasando por distintos niveles de la administración. Estos trámites acumulan incertidumbre y, algunas veces, frustraciones a nivel local. En otras ocasiones, los objetivos locales pueden no estar alineados con los objetivos impulsados por el Principal.

El presupuesto disponible para la salud, es factor crítico limitante para el proceso de descentralización. A nivel local o departamental, ¿se tendrán los recursos para hacerse cargo de la gestión sanitaria, pagar al personal de salud, comprar medicamentos, asumir los gastos corrientes? Ésta es una preocupación válida para todos los casos.

Es evidente que, además de generar recursos para la salud, es necesario aplicar a nivel nacional mecanismos distributivos que maximicen la equidad en el Sistema Nacional de Salud, tal como lo declara la Ley de su creación.

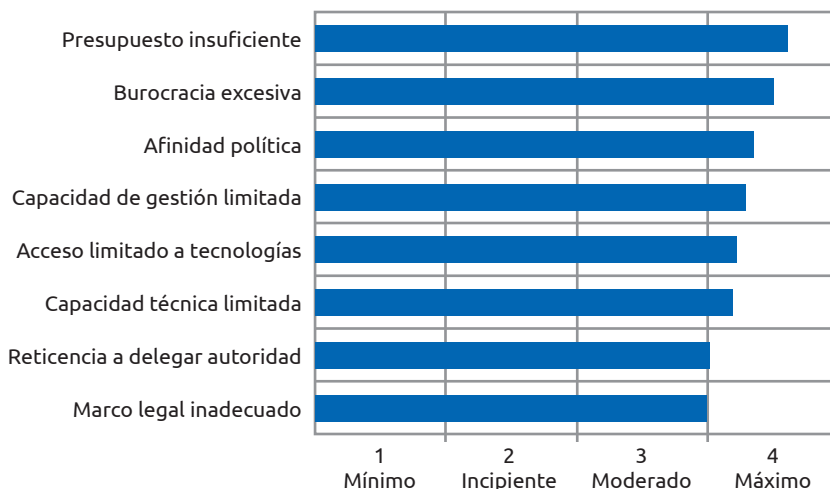
En la actualidad, la distribución del presupuesto público asignado a las regiones sanitarias y a los establecimientos, no sigue criterios de equidad. Esta deficiencia es, en alguna medida, contrarrestada por el Principal mediante la distribución de recursos centralizados, según criterios de prioridad sanitaria. Pero, los Agentes tienen poco poder de decisión y participación sobre estos procesos.

Otro aspecto que se ha explorado, es la capacidad local para hacerse cargo de la gestión sanitaria y la burocracia pública. Queda claro que la construcción de capacidades, debe ser parte de la profundización del proceso de descentralización. La formación de recursos humanos, la conformación de grupos de trabajo, la incorporación de tecnologías y mecanismos de transparencia y participación social, son aspectos claves para lograr resultados adecuados.

La descentralización no es un fin, sino un medio para alcanzar mejores resultados sanitarios. Por ello, son necesarios ciertos requisitos previos para evitar reproducir las falencias de gestión del modelo centralista.

En el siguiente gráfico se resumen los índices de desempeño (total de puntos alcanzados sobre el total de puntos posibles) de la escala de Likert y su categorización de 1 a 4, según el esquema utilizado.

113. ¿Cuáles son los factores críticos que limitan la descentralización en salud?



Fuente: Proyecto Espacios de Decisión en la Descentralización de Salud del Paraguay. Investigación para el Desarrollo. Año 2015. Proyecto financiado por CONACYT.

Es interesante verificar cómo todos los factores mencionados, son señalados como factores críticos que limitan la descentralización en un grado máximo, de manera total o en el límite del rango. Un cambio de política que busque ampliar el proceso debería considerar estos aspectos.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE PROSPECTIVA

Política de descentralización

El concepto de descentralización y de política pública no es fácil de capturar en una entrevista, que no suele profundizar los matices del concepto. Las respuestas de los entrevistados a las preguntas que se les formula sobre descentralización han usado acepciones muy diversas del concepto. La desconcentración (creación de nuevos locales), la delegación (encargar la toma de decisiones, sin cesión de autoridad), la devolución (cesión de la autoridad y de los medios para ejercerla desde un centro o Principal hacia periferia o Agentes) y la privatización, que consiste en contratar a empresas o instituciones para que hagan el trabajo de los funcionarios en forma privada. El simple aumento de cobertura de los servicios de salud, la mejor coordinación o la mejoría de la calidad del servicio han sido usadas como descentralización. Esa ambivalencia del término usado debe asumirse como una mentalidad, sólo parcialmente posible de aclarar en las entrevistas.

Cuando se preguntó sobre *¿qué es la descentralización?*, algunas respuestas implican esa diversidad de acepciones o formas de comprensión: “Solucionar más rápido el problema de la gente”, “una ley”, la “Constitución Nacional”, “que cada municipio y gobernación se encargue de su gestión”, “poder bajar a todos los actores socioeconómicos de las instituciones públicas del país”.

En el caso de los *propósitos*, hay más coincidencia. Se trata de “mejorar los servicios”, más “participación”, “respuesta más rápida a las necesidades”, “menos burocracia”, “instrumentalizar a nivel local lo que se decide y opera a nivel central”. Una evidente manera de reaccionar ante la burocracia asuncena donde los expedientes pueden pasar mucho tiempo sin ser considerados.

Cuando se preguntó *¿qué se descentralizó?*, la mayoría de las respuestas se refirieron a la cobertura. “Llegar a los vulnerables”, pero también el mayor compromiso de gobernaciones y municipalidades: “governaciones y municipalidades con un rol clave” en gestión y transparencia.

Cuándo se preguntó *¿cómo se está descentralizando?*, las intervenciones se refirieron sobre todo a la entrega de fondos o recursos. También se refirieron al empoderamiento de las autoridades sub-nacionales.

Cuando se preguntó *¿qué se está empoderando?* Se contestó que fueron los Consejos de Salud, así como la colaboración entre las instancias locales, regionales y nacionales. Se mencionó también las autoridades locales de ofertantes de servicios, hospitales, centros, unidades de salud familiar.

Sobre *qué opinión merecen* gobernaciones e intendencias, hubo frecuentes omisiones, desinformación, y opiniones divididas. Algunos le reclaman la lentitud de las rendiciones de cuentas. Otros piden que se empoderen más en la salud. Pero otros valoran la gestión sub nacional común muy importante, en este campo.

Sobre los Consejos de Salud, se tematizó el retraso de la provisión de fondos de parte de las instituciones centrales del Estado. Hubo críticas y valoraciones muy diferentes: “mejoran la participación”, “tienen poca autoridad”, “faltan en su trabajo”.

En el *grado de descentralización* las respuestas fueron más contundentes que en las encuestas o al menos las confirman. Algunos entrevistados dijeron que “la descentralización no existe” o es “incipiente”. Hay opiniones divergentes pero afirmando que la descentralización es “baja”.

Los *avances* reportados en la descentralización de la salud fueron la desconcentración, la mayor cobertura y más eficiencia. Las *valoraciones* han sido diferentes. Las *limitaciones* que se mencionan son la poca integración, el fraccionamiento interno al sistema y el que ocurren dentro de las instituciones invitadas para el sistema nacional de salud: seguro público, oferta privada, universidades...

En relación a las limitaciones, tampoco hubo coincidencias ni tampoco suficiente variedad de respuestas. Se criticó la fragmentación, la falta de presupuestos, las querrelas políticas, los vacíos en la legislación, la falta de proyectos... hasta el hecho que se ve desincentivos después del 2013.

En el caso de las Unidades de Salud Familiar, los elogios son casi unánimes, pero, sobre todo en un sentido, el de la desconcentración y descongestión. Se elogia también su cobertura. La eficacia y la rapidez.

Las limitaciones señaladas, no fueron reportadas en forma frecuente, y las respuestas no convergieron. Relaciones políticas entre las autoridades, en relación a los niveles nacional, y sub nacionales, fondos, transparencia y comunicación. Los servicios públicos muy reclamados por la población, como es el caso de la salud. El punto de partida es deficitario, excluyente y poco financiado, en el cual se condensaban un conjunto de limitaciones. La localización de los servicios en pocos lugares, en zonas urbanas mayores. La capacidad de atención limitada. El difícil acceso de una parte grande de la población a causa de los gastos de medicamentos e incluso de consulta.

Estas limitaciones tenían consecuencias negativas como se ve cuando se comparan las estadísticas locales en comparación a las internacionales. Baja en cobertura y en calidad, por ejemplo incumplimiento de las metas del milenio (ODM). Entonces, toda mejoría en cobertura, en compromiso asistencial con los pacientes, en creación de nuevas instituciones como Consejos de Salud o Unidades de Salud Familiar fue asimilada a la “descentralización”, incluso cuando no lo sea.

En general, se entiende que hay una expansión del área de cobertura, se brinda asistencia en nuevas entidades, lo que permite aumentar el compromiso de los gobiernos sub nacionales (departamentales y municipales) con la salud a través de los Consejos de Salud. Hay más población que usa los servicios de salud, sobre todo a través de las Unidades de Salud Familiar y de la gratuidad.

En política sanitaria hay una confluencia ente *paradigmas* asistenciales. Entre el énfasis en la *participación*, principalmente estimulada por el *Sistema Nacional de Salud*, sus Consejos Nacional, Departamentales y Municipales; y el énfasis en la *prevención* y la salud primaria, principalmente estimulados por las *Unidades de Salud Familiar*. Pero esto apenas se diferencia en las respuestas, salvo casos muy específicos. Para la inmensa mayoría ambas estrategias son lo mismo.

Las distinciones no son absolutas ni incompatibles. La mera desconcentración ya lleva a cierta descentralización y pasa lo mismo con la delegación, porque crea nuevos actores que entienden del tema que reciben demandas, que tienen que rendir cuentas y en muchos casos deben presentarse en audiencias públicas, donde se estimula la transparencia y la rendición de cuentas.

Se mencionó muchas veces la formula Constitucional, de no fácil interpretación, que define al Paraguay como unitario y descentralizado, cuando en otros países se opta por lo uno o lo otro. Y también se mencionó también el estatuto de autonomía de las Gobernaciones y Municipalidades, que está establecido jurídicamente pero mucho menos implementado en términos de recursos y de capacidades reales.

La descentralización de la Salud está asociada a sus organismos. Por un lado los Consejos de Salud y luego por las Unidades de Salud Familiar. No se piensa mucho en la autonomía de los Grandes Centros Asistenciales, hospitales, centros de salud.

En general, lo que se percibe es una mayor cercanía con la población y colaboración mayor entre los gobiernos sub nacionales y el nacional. La salud habiendo sido una preocupación del gobierno nacional, del MSPyBS, llega a ser también un interés y una responsabilidad de la gobernación y del municipio. Eso conforma un enriquecimiento de la gobernanza local.

Estos últimos muchas veces son vistos solo como colaboradores, aunque acá haya una variedad de opiniones. Desde aquellos que opinan que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) debe dejar el trabajo de dirección a los gobiernos

sub nacionales, hasta la idea que los gobiernos sub nacionales solo deben pretender ser una ayuda del gobierno central.

Con relación a los organismos específicos de descentralización. El Sistema Nacional de Salud resulta abstracto no visualizado, o implantado. En cambio el Ministerio de Salud y sus Regiones Sanitarias son concretos, activos, tienen fondos e iniciativas, dirigen.

La Región Sanitaria funciona a nivel del Departamento, pero, el Departamento tiene mucho menos autonomía y organización social que el Municipio. Los Consejos Departamentales tienen menos actores representativos con peso local que los municipales, ya que, en Paraguay, los Departamentos no tienen la fuerza, la identidad y la vigencia que los Municipios. Entonces, la Región Sanitaria actúa con poca contrapartida del Consejo Departamental, y en cambio, el Consejo Municipal puede mover más representatividad, pero no tiene contraparte ministerial de envergadura.

Los Consejos de Salud no son organismos asistenciales. Son vistos como un complemento, y como una caja chica, ya que tienen fondos que pueden gastarse con menos trámites y más premura que el Ministerio mismo y sus reparticiones. Los Consejos son altamente valorados como mecanismos de reclamo ciudadano, y de compromiso de los gobiernos sub nacionales. En el caso de aquellas personas que podemos calificar como no descentralistas (en desacuerdo con la descentralización) hay una visión diferente. Los Consejos han sido vistos como fuente de corrupción y de clientelismo, en mano de políticos sin escrúpulos. Acá hay polémica.

Hubo cierto desacuerdo de la política de gratuidad entre aquellos ‘descentralistas’ que habían hecho adelantos no solo en la cobertura sino en el autofinanciamiento local. La gratuidad de la salud en algunos pocos lugares no favoreció esa descentralización, accesible para comunas más prósperas.

El proceso de descentralización

Lo que se percibe como proceso de descentralización es también diverso. Lo que más se valora es que ha habido un aumento de fondos hacia todo el país, cuando antes se concentraba el gasto en zonas más cercanas al poder y en las ciudades. Este cambio se valora como mejor distribución de los recursos. En segundo lugar se valoran las instituciones de los Consejos de Salud y de las USF.

Hay opiniones extremas diciendo que ‘no tuvo lugar ningún proceso’, porque las decisiones mayores se las toma en el Ministerio. Pero numerosos informantes en numerosos departamentos y distritos dicen que ellos mismos toman decisiones a ser ratificadas muchas veces por Asunción pero con influencia determinante en lo que decide la capital.

Las limitaciones más mencionadas son la *partidización clientelista* y los *conflictos faccionalistas*. Suele hablarse de ‘la política’, pero en sentido peyorativo. Una política programática y en particular de salud pública no podría ser considerada negativa. Cuando se habla de conflictos tampoco se refieren a toda competencia, sino a una competencia que no se encuadra de en servicio ciudadano, sino en el beneficio de las facciones, con perjuicio del conjunto.

Casi todos afirman que ha habido cambios positivos para la gente con la descentralización.

El tema de la transferencia de competencias no ocupa el lugar central. Es más bien el aumento de participación sub nacional con los Consejos y la cobertura con las USF. Las estadísticas ratifican que dos millones de nuevos usuarios tuvieron el sistema estatal ministerial de salud después del 2008.

Queda pendiente como articular los paradigmas de Atención Primaria, que no necesariamente es descentralizador; y el paradigma del SNS, que no necesariamente privilegia la prevención. Si bien es cierto que ningún paradigma está cerrado. Son paradigmas que tienen vínculos. El hecho es que no se ha pensado estructuralmente la vinculación.

El escenario actual

Sobre el grado de descentralización efectiva actual, las opiniones son más negativas que sobre la política y sobre el proceso. Pareciera que se valora lo hecho y por eso mismo se pide más y se desmerece lo cumplido, para que no se estanque el proceso. Como dijo un entrevistado, ‘todos dicen que no tienen nada’, quizás para conseguir más fondos en un regateo.

En general, una conclusión que podría sacarse, o deducirse de las entrevistas es que la descentralización más que como *devolución* (transferencia de competencias y recursos no controlables) tuvo lugar como *desconcentración* (dispersión de las unidades de asistencia y decisión) y una cierta *delegación* (el ministerio otorga fondos para que se realicen las acciones en un nivel jerárquico inferior).

En salud es similar, aunque se cree que en salud hay más cosas. Para empezar leyes (la del SNS, la de los Departamentos), que empujan para adelante, cosas que no pasa en otros ámbitos estatales que no tienen una legislación a favor.

Lo menos discernido y contestado es el tema de las líneas de gestión. La gestión misma es difícil de ser abordada en entrevistas y además tiene muchas situaciones. Una cosa es la gestión central otra es la gestión de las grandes unidades asistenciales, la de los Consejos a diferentes niveles y la de las UFS.

En muchos casos no se pudo obtener conceptos claros y unívocos entre los encuestados. Hay posiciones diferentes entre el grado de centralización que ha tenido lugar, así como entre el paradigma de centralización que debe presidir los procesos. Los entrevistados varían entre un negacionismo: ‘no hubo nada de descentralización’, a pesar de las leyes y de la paulatina transferencia de fondos para gestión sub nacional, hasta otra posición según la cual ‘no debe haberla’, porque los gobiernos sub nacionales son mucho peores y solo usarán el dinero para simple politiquería o corrupción.

Mayoritariamente se piensa que las cuestiones financieras son decididas en Asunción. Algunos piensan que sobre recursos humanos o sobre prioridades sanitarias hay una deliberación en los Consejos y una demanda fuerte en las Unidades que influye en el Ministerio.

Sobre la participación de las autoridades locales hay grandes diferencias. Desde aquellos que piensan que las autoridades influyen fuertemente, no importa donde se decida, porque se activa la participación y acción colectiva de la ciudadanía, hasta aquellos que piensan estas instancias locales no tienen relevancia.

Lo más verosímil es que acá se expresen experiencias distintas. Hay municipios y departamentos en los cuales se ha conformado cierta colectividad ciudadana sanitaria, y Consejos más sólidos, cuya opinión no puede ser ignorada en Asunción sin un alto costo de tensiones y protestas. Mientras que en otras zonas, los reclamos pueden ser desatendidos e ignorados. Por lo tanto las respuestas diferentes posiblemente expresan situaciones diversas.

El escenario tendencial

Es muy difícil para el entrevistado contestar la situación del 2018 y del 2023. Quizás por inhibiciones de tipo político: criticar al gobierno o especular sobre el siguiente. La respuesta en general es más bien pesimista. O, de lo contrario, se evaden las repuestas --las entrevistas no son anónimas ni masivas, como las encuestas-- y la mejor manera de hacerlo es poner las respuestas en subjuntivo o en condicional: ‘sería bueno que ocurra...’, ‘si hubiera voluntad política...’

De todas maneras, a nivel *cualitativo*, a diferencia del nivel cuantitativo, prima un *pesimismo*, más que un optimismo en relación a la futura descentralización.

Escenario óptimo

El escenario óptimo está marcado por una fuerte afirmación normativa. Prima la afirmación de que ‘cuanto más descentralización es mejor’. Sea esta de tipo delegación, desconcentración o devolución o incluso de privatización en la forma de tercerización u otra.

Sobre los factores favorables y desfavorables, hay también un discurso político normativo fuerte. Aparentemente la mayor parte quiere que los partidos no sean clientelistas, que los dirigentes no lo sean, que todos sean altruistas y servidores del bien común. Pero el precio que se paga para adquirir el poder y mantenerlo muchas veces no permite que la virtud cívica predomine, sino muy parcialmente.

Se discute poco la descentralización, se la acepta sin análisis. Con excepciones, se sigue pensando que ‘hacer bien las cosas’ es descentralización cuando la teoría dice que la descentralización no es un bien absoluto ni incondicional. La opinión general es que los departamentos y los municipios deban tener más poderío. Las regiones sanitarias, hospitales y USF más autonomía.

Los factores de descentralización, o su contrario, son la *voluntad política* de servir a la población con mayor eficacia y eficiencia. La *coordinación* se puede aumentar con más trabajo en equipo y menos faccionalismo. En algún caso, acá si se pide más participación del MSP, como instancia de coordinación. Pero, en general, la programación, el diseño, la propuesta de descentralización no se le otorga al Ministerio, sino a las iniciativas locales. Un poco más de crédito se le da al Ministerio en el control.

Los entrevistados

La clasificación de los respondientes (no de las respuestas) nos aporta una buena información adicional. Hemos identificado dimensiones en las cuales se agrupan los entrevistados. Los ejes de referencia, que son cuatro.

El eje *diagnóstico*, que distingue a aquellos que afirman que *hay* un proceso de descentralización de aquellos que lo niegan, no hay tal proceso.

El eje de la *posición teórica* o política sobre la descentralización, entre aquellos que tienen posición contraria a la descentralización (des-centralista, muy minoritaria) y los que se posicionan en una posición contraria de ‘toda descentralización es buena’.

El eje *evaluación* entre aquellos que califican de positivo lo que se hizo y los otros quienes lo consideran negativo.

El eje de *información* entre aquellos que argumentan en base información que se detenta o se dice detentar o se usa para sostener sus asertos y aquellos que tienen principios no muy sensibles a lo que tiene lugar.

Esos ejes nos permiten hacer una tipología, o sea, agrupar las personas entre los tipos ideales siguientes, que no son puros pero si indicativos.

1. Un conjunto de personas podemos agrupar en el tipo *pragmático*, conciliador. Afirma que hay descentralización, está medianamente a favor, evalúa en forma tolerante lo que se hace y demuestra estar informado, cita las leyes. Hay desconcentración y se espera que el proceso siga hacia adelante.

2. Un tipo *elogioso* afirma que hay descentralización pero se caracteriza por ser una persona favorable, no crítica, que quiere estar bien con todos y no toma en cuenta las condiciones, o los sucesos. Simplemente quiere quedar bien. “Se avanza en lograr una cobertura universal, eficiente y equitativo, pues es el logro de dichos objetivos y el mejoramiento sostenido de la salud de los paraguayos/as...”.
3. Dos tipos diferentes se nos fusionan por sus posiciones. El *principista* teórico, ‘más descentralización mejor en todos los casos’ y el líder local o *localista* que reclama más fondos y está regateando. Cuando más pide piensa, más va a conseguir. Siempre dice que no tiene nada. Estos dos tipos unidos dicen que ‘no hay descentralización’, teóricamente defienden la mayor posible, evalúan críticamente que se están haciendo las cosas mal, y no prestan atención a las realidades. No conocen o no reconocen lo que ocurre, ya que en todos los casos de los que se trata de pedir más. No hay en ellos una manifestación de la instancia unitaria de la salud. La evaluación nacional, los propósitos comunes.
4. Un conjunto hemos calificados como de tipo *escéptico*. No se interesa ni cree que la descentralización será posible. Piensa que no hay, está a favor de ella, sin mucho interés; es tolerante con lo que ocurre, pero conoce el terreno. Sabe aquellos que ocurre. A diferencia de pragmático se hace pocas ilusiones y tiene un diagnóstico más negativo, aunque ello no le moleste. “Que cada municipio y gobernación se encargue de su gestión”.
5. Otro grupo de entrevistados se presenta como *indiferente*. No piensa que haya descentralización (“cero descentralización”), aunque la apoye en principio, está de acuerdo con lo que se hace pero en realidad no conoce bien si ello ocurre.
6. Otros dos tipos, es decir, portadores de narrativas diferentes, tienen en las dimensiones pertinentes posiciones iguales. Una es el *autoritario* que era fuertemente adversario de la descentralización. Otro es el radical que considera que todo el estado y la salud están mal. Estos tipos creen que no hay descentralización, están en contra por diferentes razones. Uno porque es autoritario y considera que el poder no debe compartirse, y 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 nomas”.
7. El último tipo es casi un no contestador, un *desinformado*. El entrevistado que no tiene posición, o no quiere expresarla. Está a favor de ella, pero no mucho. Piensa que hay cosas buenas que pasaron, pero no conoce. Es casi un fracaso de la entrevistas, salvo por el hecho que representa una realidad, representa a un conjunto de personas. Descentralizar es “¿una forma de gestionar las políticas del estado?”

OPCIONES DE POLÍTICAS EN UN PROCESO INCIPIENTE DE DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización como medio para lograr objetivos sanitarios

Una buena parte de los problemas de salud, incluidos los problemas de la atención a las personas, están “descentralizados”. En cambio, la mayor parte de las decisiones y los recursos para abordar esos problemas, se gestionan desde lo que se denomina “el nivel central”.

Cuando se habla de descentralización en el sector salud, está claro que no hace referencia a trasladar más problemas a las localidades del país, sino más bien a la descentralización de las soluciones. Es decir, transferir desde el nivel central, o Principal, a una instancia local, o Agentes, recursos, atribuciones, competencias, poder de decisión y, por consiguiente, responsabilidades para atender las necesidades de salud en sus comunidades. Al mismo de tiempo que se construye una participación social, se amplía en torno a la salud.

De esta reflexión inicial surge una cuestión fundamental: Desde una perspectiva de medios y fines, la descentralización de servicios de salud no es un fin en sí misma, sino un medio, como modelo de gestión y distribución de recursos y de poder, para implementar soluciones. En el caso de la descentralización de servicios de salud, ésta espera resolver los problemas de salud de la comunidad y los problemas del sistema local de salud.

Esta cuestión de medios y fines, es un asunto que no hay que perder de vista porque, tanto aquellos que promueven la idea de que la descentralización es la solución a todos los problemas del sector, como quienes sostienen que con la descentralización aumentarán aún más los problemas de gestión del sistema, no suelen considerar un análisis integral del sector salud para valorar la importancia de dicho proceso.

En efecto, los resultados del sistema no se deben sólo al grado de centralización o descentralización con que éste se gestiona, sino que, además, depende del modelo de atención, del modelo de financiamiento y del ejercicio de la rectoría. Además, la salud de la población depende de varios factores y no solamente del desempeño del sistema de salud.

La condición de salud de la población es un fenómeno dinámico, que se desarrolla en un continuo que tiene en un extremo a la enfermedad y en el otro al bienestar en diferentes dimensiones humanas. Este continuo dinámico, es el resultado de una serie de factores que interactúan sobre el individuo y la población: a) estilos de vida; b) factores ambientales, c) características biológicas, y d) el desempeño del sistema de salud (Dever, 1976). De estos factores, los más determinantes son los estilos de vida y el ambiente y, contrariamente a lo que muchos piensan, la salud de las personas está menos determinada por el sistema de salud (hospitales, medicamentos, tecnología médica, etc.).

Más recientemente, el informe de la Comisión Mundial sobre determinantes sociales de la salud de la OMS (2009), concluyó que el gradiente social y económico, generado por la pobreza, las condiciones de empleo, el nivel de educación, el sexo, la raza y otros factores incluidos en los determinantes sociales son “*una cuestión de vida o muerte*”. Las personas que se encuentran en la posición menos favorable de este gradiente, son las más afectadas por muertes prematuras y sufrimiento (muchas veces evitables); asimismo, son las más afectadas negativamente en su calidad de vida y, lo que es aún más grave, vivirán en promedio menos años que aquellos que se encuentran en el extremo más favorable del mismo.

¿Es moralmente aceptable para la sociedad esta situación?

La respuesta depende de los valores, principios y del lugar que ocupa la salud en la sociedad. La salud tiene un valor intrínseco para las personas como individuos y como sociedad. Estar sanos implica la posibilidad de desarrollar capacidades en diferentes dimensiones.

Por otra parte, la trascendencia social de la salud, hace que ocupe un lugar destacado en el interés de sectores políticos, sociales y económicos, y no solamente en el ámbito sanitario propiamente dicho.

La salud es considerada un derecho fundamental y es reconocida como tal en la Constitución Nacional del Paraguay. Este derecho no es solamente el de estar sanos, sino implica acciones deliberadas del Estado para garantizar servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención oportuna a los enfermos (Giménez, 2015). El derecho a la salud se puede expresar, tanto en las posibilidades de tener una vida sana, como en los arreglos sociales para prevenir y atender enfermedades y los resultados de lograr una vida saludable.

La distribución social de estas posibilidades, incluidos los aspectos procesales así como los relacionados a la atención de las personas ante enfermedades y los logros en la condición de salud, se encuentran muy fuertemente ligados a la equidad y la justicia social. No hay modelo de justicia social que no incluya, en un grado importante, el tema de la equidad en salud (Sen, 2000).

La distribución de los determinantes sociales de la salud, hace que los desafíos sean más marcados en algunos departamentos y municipios del país que en otros y, como es de esperarse, la distribución de enfermedad y el logro de la salud de la población son, en consecuencia, también asimétricos.

En la medida que la sociedad identifique que los diferentes aspectos de la condición de salud y sus determinantes son una necesidad, se irá generando una respuesta social organizada, que movilizará recursos y proveerá servicios para satisfacer esas necesidades.

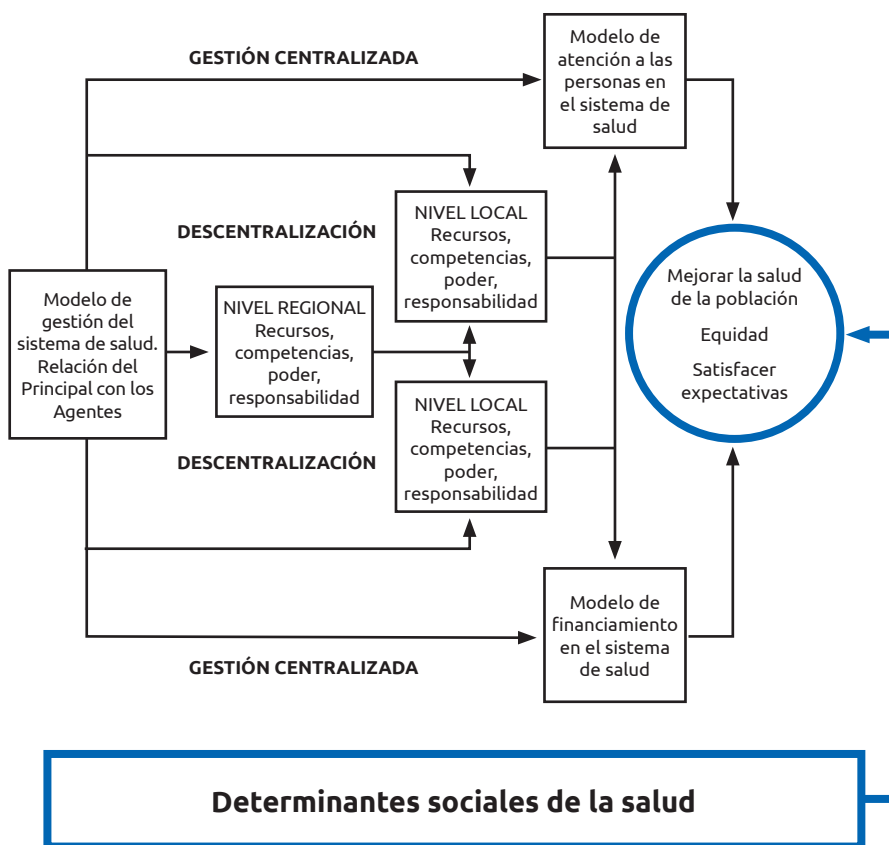
Ahora bien, si las necesidades se identifican sólo con las consecuencias de estos determinantes, es decir, con la distribución de enfermedades, entonces la respuesta social será restringida y orientada más a la atención de enfermos que a promover la salud de las personas.

Esta concepción amplia de la salud y sus determinantes, es fundamental para definir las líneas posibles de políticas públicas en salud y, entre ellas, las relacionadas con la descentralización de salud.

Como ya se ha mencionado, la descentralización no es un fin sino un medio para alcanzar objetivos sanitarios, entre ellos, los que son intrínsecos a todo sistema de salud: mejorar la salud de la población, contribuir a la equidad y satisfacer las expectativas de la población (Murray, 2000).

Los determinantes sociales, también influyen en el proceso de búsqueda y atención adecuada cuando se requiere. En efecto, no todas las personas que necesitan atención la buscan, no todas aquellas que buscan atención la obtienen y no todas las que obtienen reciben la atención adecuada. Entre una necesidad de atención y el logro efectivo de un servicio interviene la *accesibilidad* entendida como la forma y el grado en que se adaptan las características de la población y del sistema de salud (Giménez, 2013).

Los esfuerzos deberían orientarse a que la oferta del sistema de salud logre satisfacer las necesidades de salud de la población, en cada comunidad, en cada municipio y departamento del país. Lograr la cobertura universal para prevenir y tratar enfermedades de manera adecuada, oportuna y con calidad, así como proteger contra los riesgos financieros que esto implica, es uno de los desafíos más importantes del sistema de salud (OMS, 2008).



La descentralización sanitaria como parte de otras reformas del Estado

Otras cuestiones a tener en cuenta sobre la descentralización de salud, es que esta reforma sectorial forma parte de una reforma más amplia del Estado. Por otra parte, la descentralización es una forma de gestionar el contenido de una serie de políticas sociales, incluidas las de salud. Esto implica que el proceso de la descentralización responde a una pregunta implícita o explícita de la política de desarrollo: ¿cuál es el modelo Estado y de gestión del Estado para implementar las políticas de desarrollo social y económico del país?

La respuesta a esta pregunta es la condicionante para establecer el modelo de la descentralización sanitaria y sus objetivos, y que las políticas de salud no son independientes de aquellas políticas más amplias. De hecho, la descentralización de servicios de salud forma parte de un proceso mayor que de reforma del Estado, de manera que, en términos estrictos, el proceso no se origina en el sector salud.

Aunque parezca obvio señalarlo, no es posible concebir un sistema de salud descentralizado en un modelo de Estado centralizado. El modelo altamente centralizado

del Sistema Nacional de Salud del Paraguay, se corresponde con el modelo general altamente centralizado del Estado paraguayo. Por otra parte, la descentralización no es un proceso único, sino que puede desarrollarse bajo diferentes modalidades y éstas, a su vez, pueden alcanzar distintos grados.

Para entender las distintas modalidades de descentralización, puede recurrirse a las propuestas por Rondinelli (1981), quien distingue la descentralización política, fiscal, administrativa y económica que se han examinado en el capítulo conceptual.

El grado de descentralización, puede estimarse siguiendo el modelo de Principal Agente y los espacios de decisión propuestos por Bossert (1998), marco conceptual que ha guiado a todo este trabajo.

Pero, ¿es mejor cambiar el modelo centralizado actual a un modelo descentralizado de gestión del Estado? ¿Serán mejor atendidos los problemas de salud en un modelo descentralizado de servicios, que bajo el modelo actual?

Hay bastante evidencia que señala una “crisis del centralismo” y por otra parte, hay argumentos contradictorios a favor y en contra de la descentralización, en general y en particular, sobre la descentralización en salud.

Estos son algunos argumentos a favor:

- Se sostiene que al reducirse la burocracia, que implica la distancia entre el nivel central y el ámbito local, se reducen los costos de las operaciones entre estos niveles y, por lo tanto, los procesos pueden ser más eficientes.
- Se supone que los agentes locales tienen un mayor conocimiento e información sobre los problemas de salud de su comunidad y, por consiguiente, un mayor grado de congruencia con las necesidades locales para el diseño y la manera de implementar acciones para resolver estos problemas, de una manera oportuna y efectiva.
- La población, al estar más cerca de sus autoridades, puede exigir y reclamar una mejor atención, lo que incentiva a las autoridades locales a resolver los problemas de sus votantes.
- Al estar los recursos y el poder de decisión más cerca de la población, los ciudadanos tienen la oportunidad de organizarse y participar en las decisiones.
- La mayor participación promueve la democratización del sistema de salud y, por consiguiente, de la sociedad.

De esta manera, los principales argumentos a favor de la descentralización se orientan al logro de una mayor eficiencia, efectividad y calidad de las intervenciones en salud, al tiempo que se fortalecen la participación social y la democracia.

Pero, no todos están de acuerdo con estos postulados. Algunos argumentos en contra de la descentralización en general, y en salud en particular, son los siguientes:

- Algunos se oponen a la descentralización, afirmando que ella es una fórmula del neoliberalismo, que se busca, en realidad, reducir la participación del Estado y la inversión pública a favor de una mayor regulación del mercado en el sector salud.
- Otros argumentan que existe un mayor riesgo de clientelismo, favoreciendo en mayor medida a los votantes de las autoridades locales en detrimento de aquellos grupos que requieren mayor atención y que no tienen la misma fuerza política en la localidad.
- Se ha señalado, además, que las instancias locales y regionales no han desarrollado capacidades y competencias de manera uniforme, lo cual pondría a la población en desventaja en aquellas localidades donde hay un menor grado de desarrollo, tanto para obtener recursos como para gestionar las acciones necesarias para el cuidado de la población.
- También se argumenta que al transferir recursos y poder, se promueva la generación de modelos superpuestos o aislados y no necesariamente coordinados y complementarios, lo cual incrementaría la segmentación y fragmentación del sistema de salud.

Todos estos argumentos, a favor y en contra, deben ser considerados seriamente a la hora de diseñar las reformas que implican una descentralización de servicios de salud. Pero, es necesario poner énfasis en que para lograr los objetivos de una mayor eficiencia, efectividad, calidad y democratización del sistema de salud, hay que tener en cuenta las cuestiones de medios y fines; de forma y contenido; y la complementariedad que se ha señalado en los apartados previos.

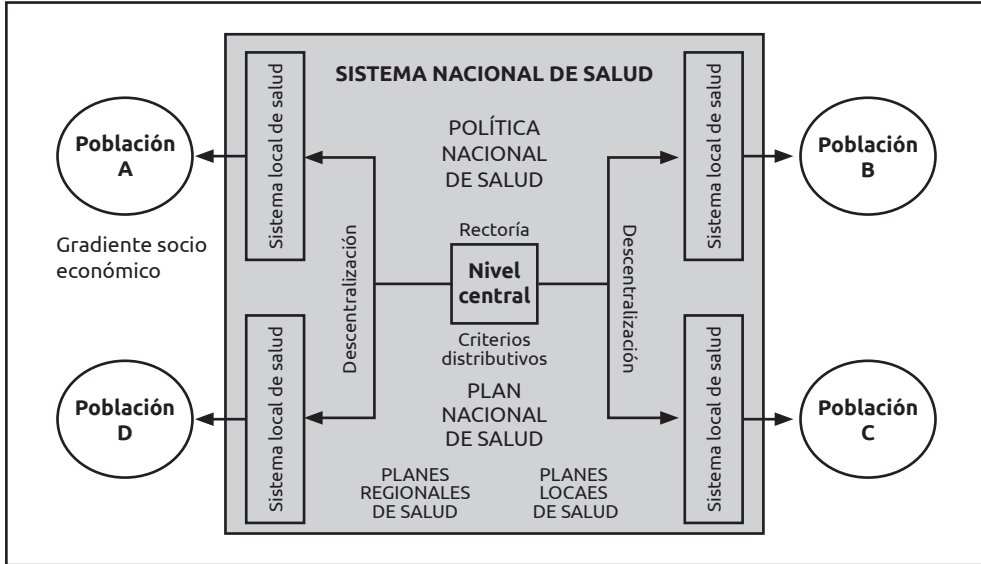
Además de estos asuntos, los resultados dependerán de los valores y principios que orientan la reforma del desarrollo de las instituciones descentralizadas, del grado de ciudadanía, del capital social y del ejercicio efectivo de la rectoría en el sistema, para lograr que los sistemas locales y regionales funcionen de manera articulada, como parte de un sistema nacional único de salud.

Descentralizar no es aislar. Descentralizar los servicios de salud de un país implica, a la vez, la integración funcional de los sistemas locales y regionales en la idea unitaria del Sistema Nacional de Salud, que se corresponde con idea unitaria del país descentralizado, proclamada por la Constitución Nacional. Es sabido que la capacidad de respuesta social en cuanto a infraestructura, recursos humanos y capacidad financiera, es desigual en las diferentes localidades y regiones del país.

Una reforma del sistema que considera la justicia social y, por consiguiente, busca la equidad en salud, debe considerar esta situación como una cuestión muy seria. La descentralización de servicios de salud debe tener en cuenta, en todos los casos, mecanismos redistributivos que consideren este asunto. De hecho, como ya se ha

dicho, las políticas de salud y sus reformas deben formar parte de políticas integrales de desarrollo social y económico, orientadas bajo el mismo principio.

En la medida que se transfieren competencias y recursos, es necesario alcanzar cierto desarrollo institucional para hacerse cargo de mayores recursos, mayor poder y mayor responsabilidad para atender los asuntos señalados. Tan importante como la legitimidad democrática de las instituciones y sus autoridades, es el desarrollo de capacidades; más aún en el ámbito específico de la gestión en salud.



Para lograr equidad en las posibilidades y el logro de salud, así como en la atención de enfermedades en el Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Salud debe ejercer la rectoría del sistema, tanto en la conducción de la Política Nacional de Salud como en la formulación de normas, regulación y vigilancia del sistema. Debe articular funcionalmente a los sistemas locales y regionales, que bajo este marco, requieren formular e implementar los Planes Regionales y Locales de salud, maximizando la resolución de problemas a nivel local sin perder de vista que lo local, a su vez, forma parte de un todo nacional.

Opciones posibles en un contexto de descentralización incipiente

La descentralización sanitaria es posible y requiere de un proceso gradual de implementación de reformas, tanto en el modelo de gestión como en los modelos de financiamiento y de atención. Estos procesos pueden durar varios años.

Pero mientras esto ocurre, la gente reclama mejores servicios de salud, atención oportuna y con calidad a los enfermos, mayor protección financiera ante enfermedada-

des. Las autoridades locales responden que no cuentan con todos los recursos, ni con el poder para decidir sobre aspectos que son necesarios para atender estos reclamos.

El Estado Descentralizado que define la Constitución Nacional se ha desarrollado muy poco, desde su promulgación en 1992. Muy por el contrario, el Estado paraguayo sigue siendo altamente centralizado y, en este contexto, el Sistema Nacional de Salud también opera de manera altamente centralista.

Pero igualmente se identifican elementos que señalan avances en el proceso. En el campo de la salud, lo más notable ha sido la formación de Consejos Regionales y Locales de salud. Mediante ellos, se ha fomentado la participación social y la articulación intersectorial a nivel de territorios subnacionales. Pero, en general, todo el proceso de descentralización en salud es incipiente, con espacios de decisión muy reducidos en el control de recursos y en la administración de los agentes locales.

En este contexto actual y con escenarios tendenciales, que se anticipan con cambios mínimos en la ampliación del poder local, las opciones de políticas para profundizar el proceso son muy limitadas. Pero existen al menos tres ámbitos posibles para ampliar los espacios de decisión en salud a nivel local, como se explica a continuación.

1. Profundizar la desconcentración del Ministerio de Salud hacia las Regiones Sanitarias y fortalecer los mecanismos de articulación intersectorial a nivel departamental y municipal.
2. La implementación de un amplio programa de salud pública, para dar cobertura a necesidades poco atendidas en el modelo actual y que son prioritarias en la nueva agenda de salud, con énfasis en promoción y prevención de enfermedades.
3. Iniciar la transferencia de recursos y competencias de algunos servicios personales hacia las gobernaciones y las municipalidades, con énfasis en el primer nivel de atención, fomentando la participación social.

Ampliar el espacio de decisión en la desconcentración del Ministerio de Salud hacia las regiones sanitarias, es un área de oportunidad para acercar las decisiones de atención hacia los problemas locales y regionales. Las organizaciones regionales necesitan más poder de decisión sobre la administración y gestión, tanto de recursos humanos como en áreas de infraestructura y compra de productos básicos.

Los objetivos podrían orientarse a reducir las brechas en la oferta de servicios mediante una cartera de servicios que proporcione atención integral a las personas de todas las edades bajo los postulados de la cobertura universal de salud, gestionada mediante una red integrada de servicios basada en la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

El presupuesto orientado para este fin, podría estructurarse con al menos dos componentes complementarios: por una parte, los recursos para las inversiones de infraestructura para el ajuste de la oferta; y por otro, los recursos para el funcionamiento de la red de prestaciones, con asignaciones basadas en criterios de equidad del sistema.

Un programa de salud pública amplio, orientado a la nueva agenda de salud, debe considerar a las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo entre las prioridades a ser atendidas. En la actualidad, es muy poco lo que se viene haciendo para promover territorios saludables y estilos de vida saludables y para prevenir la alta carga sanitaria, social y económica de las ENT. En este campo, las estrategias de Municipios y Escuelas Saludables, ofrecen el espacio adecuado para construir una serie discreta y coherente de acciones, que estén a cargo de las gobernaciones así como de las municipalidades.

El manual para municipios saludables del Ministerio de Salud, propone 59 acciones a ser implementadas por las municipalidades. Asigna los recursos de manera inteligente e instrumenta ordenanzas adecuadas para incidir de manera notable en cuestiones claves para la salud de la población como:

- Promoción de ambientes saludables, que incluye el acceso a agua potable, alcantarillado y recolección de basura, y el tratamiento adecuado de los mismos. Pero, además de estos componentes, los municipios deben trabajar en la promoción de viviendas saludables, en movilizar a los ciudadanos para la prevención del dengue y otras enfermedades similares.
- Prevención de accidentes de tránsito.
- Protección contra los efectos nocivos del consumo y exposición al tabaco, así como la prevención de las adicciones a drogas y el alcoholismo.
- La promoción del deporte y la actividad física, así como en la creación de espacios apropiados para este propósito.
- Control de la calidad de alimentos, promoción de mercados saludables y de una alimentación saludable.
- Promoción de los derechos del niño y la mujer, así como la prevención de la violencia doméstica.

La estrategia de Escuelas saludables busca promover:

- Cantinas saludables,
- Prevención de la obesidad.
- Promoción de la salud bucodental.
- Promoción del deporte.

- Prevención de adicciones.
- Una educación sexual y reproductiva integral, entre otras.

El diseño de herramientas técnicas y financieras (con fondos nacionales, municipales y otros) asociados a un Plan de Inversiones para territorios saludables que puedan ser ejecutados por gobernaciones, municipalidades y consejos de salud, permitirá llevar estos programas a gran escala a nivel nacional.

De esta manera las instancias regionales y locales tendrán una participación protagónica en el sector salud. Esta debería ser una agenda prioritaria para avanzar hacia la descentralización en salud.

La descentralización de los servicios de salud hacia los gobiernos sub-nacionales, cuenta con un marco jurídico que la hace factible. Ella está posicionada en la agenda política y algunos sectores han demostrado un gran interés en avanzar hacia este proceso. Pero, no siempre las buenas intenciones tienen buenos resultados. Todavía hay mucho que debatir y queda pendiente la definición de una serie de mecanismos y herramientas para que no sólo se descentralicen los problemas, sino que también las soluciones.

El paso necesario para avanzar hacia este proceso, es fortalecer las instituciones por medio del desarrollo de competencias, tanto en el ámbito técnico como en la administración sanitaria, por medio de equipos de personas y de la organización apropiada.

La participación social en estos tres ejes de descentralización, se puede ampliar y consolidar en los Consejos de Salud, cuyos integrantes tienen la responsabilidad de llevar la voz de la comunidad para establecer prioridades, participar en la planificación, acompañar la ejecución de los proyectos y programas, así como en la rendición de cuentas.

Una cuestión para ser analizada es la conveniencia de desarrollar un espacio adicional de administración (Gobernación, Municipalidad, Ministerio de Salud y Consejo de Salud) o si es mejor, integrar los consejos de salud formalmente al ámbito de decisión de estas instituciones.

Otros elementos a ser revisados en el ámbito de los Consejos de Salud, son el método de integración/representación y el carácter voluntario de participación. El carácter voluntario puede, en ocasiones, limitar la participación más amplia o intensa de algunos ciudadanos, principalmente el de las mujeres. Por ello, es preciso remunerar de alguna forma a los representantes comunitarios, mientras que los institucionales ya lo hacen como parte del ejercicio de sus funciones. (IDRC, 2008).

Sería conveniente la participación de diferentes instituciones claves, públicas y privadas, para fortalecer la intersectorialidad, así como también contar con la representación de la comunidad, mediante organizaciones civiles no gubernamentales.

Otra cuestión no menos importante es la del método de designación o elección de estos representantes. Deberían considerarse en todos los casos principios democráticos y la proporcionalidad de los grupos de interés.

En efecto, además de la democratización del sistema por medio de la participación en el sector salud, el modelo sustentado en los consejos de salud puede tener un mayor impacto en el desempeño del sistema de salud y en la salud de la población. Finalmente, una cuestión necesaria es la profundización en el debate social y sectorial sobre el contenido de la descentralización y sus fines.

Los consejos de salud, en todos sus niveles, son espacios propicios para impulsar un amplio debate social que, complementado con el debate en otros sectores, culmine con la transformación de políticas de gobierno a políticas de Estado. Esto es sumamente importante en términos de gobernanza, para la construcción de una visión de conjunto de mediano y largo plazos.

Hay temas claves y puntuales que podrían ser los disparadores para un debate amplio:

- a. El desarrollo de recursos humanos en salud.
- b. El acceso a medicamentos esenciales.
- c. El desarrollo del sistema de información en salud.
- d. El desarrollo de la red integrada de servicios de salud, basado en atención primaria de la salud.
- e. El impulso de las estrategias de escuelas saludables y municipios saludables, para la promoción de la salud, entre otros.

Los Consejos de Salud, podrían ampliar su incidencia sobre los políticas sociales movilizándolo a las comunidades o bien, siendo parte del monitoreo de cumplimiento de los objetivos de desarrollo, a partir de metas locales que forman parte de los desafíos nacionales y globales. Hay varios enfoques estratégicos que pueden ser incorporados con este propósito. Los planes locales y regionales de salud, adquirirán de esta manera una dimensión distinta con un efecto sinérgico para el desempeño del sistema en estos temas.

Redefinido este contenido como parte de una política de Estado, la estructura organizacional tendrá mayores exigencias, para lo cual hay que iniciar cuanto antes ajustes en el diseño organizacional y en el desarrollo organizacional de los Consejos de Salud como conjunto. El Consejo Nacional de Salud necesita ser reorganizado de

tal manera que funcione continuamente, tanto en el plenario, mesa directiva y comité ejecutivo, como en el equipo técnico asesor.

Una oportunidad para articular a los subsectores para alcanzar objetivos específicos dentro del sistema de salud, es incorporar formalmente a grupos de trabajo que, de hecho, estén funcionando bajo este concepto e instalar nuevos grupos, con la intención de abordar los temas estratégicos que se han señalado a modo de mesas temáticas de trabajo.

Todo esto puede darle un gran sustento técnico a los lineamientos estratégicos y políticos del Consejo Nacional de Salud. Pero, además de dotarle de esta funcionalidad, hay que completar su estructura organizacional instalando las direcciones del Fondo Nacional de Salud y la Dirección Médica Nacional. Estas direcciones complementan el diseño establecido en la Ley y, a partir de su funcionamiento, abrirán nuevas líneas de trabajo en temas que son suficientemente relevantes para el sistema de salud paraguayo.

Otro tema importante, en términos de organización, es cómo se articulan los Consejos de Salud en todos los niveles, es decir, los Consejos locales entre sí; éstos con los regionales y con el Consejo Nacional de Salud. Este es un tema clave para la coordinación, sinergia y complementariedad en el sistema como conjunto.

Un tema de gran importancia tiene que ver con asuntos financieros. El Fondo de Equidad debe ser integrado no sólo con financiamiento del Ministerio de Salud, sino que de manera efectiva deberían aportar los municipios y gobernaciones. Los royalties pueden ser una fuente genuina para estas transferencias, se requiere apenas de modificaciones que no representan un gran desafío.

Los consejos pueden tener un rol protagónico en la construcción participativa de los presupuestos, de tal manera que el presupuesto regional discrimine su distribución por localidad para cada rubro. Esto facilitará la planificación anual y permitirá construir brechas e identificar la complementariedad de las fuentes de financiamiento. Este gesto podría tener un gran impacto a nivel local y es posible hacerlo sin mayores trámites.

Las reformas estructurales deberán partir de la definición de algunas cuestiones fundamentales: ¿Cuál será el rol en la provisión de servicios de las municipalidades y gobernaciones? ¿Cómo se financiarán los servicios y quiénes pagarán?

La Ley del Sistema Nacional de Salud establece un Seguro Médico Nacional (que debe crearse por una nueva ley) y un Fondo Nacional de Salud para financiarla.

¿Qué modelo se adoptará para ampliar las garantías al derecho a la salud de la población?

¿Se extenderá el modelo de seguridad social o en cambio se ampliará el modelo de protección social?

¿Se optará por un seguro nacional de salud?

¿Cuál será el papel de la descentralización en estos procesos?

Estos son algunos de los elementos que pueden contribuir a un debate amplio para avanzar en el proceso de descentralización de salud en el Paraguay.

BIBLIOGRAFÍA

- Bach, S. (2000). Decentralization and privatization in municipal services: The case of health services. Sectoral Activities Programme Working Paper WP, 164.
- Bossert, T. (1998). Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social science & medicine*, 47(10), 1513-1527.
- Bossert, T., Larrañaga, O., & Ruiz Meir, F. (2000). Decentralization of health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 84-92.
- Bossert, T., Larrañaga, O., & Ruiz Meir, F. (2000). Decentralization of health systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1-2), 84-92.
- Bossert, T. (2010). "Institutional Capacities and Decentralization of Health Systems in Latin America: Need for More Evidence". Americas Quarterly Summer.
- Bossert, T., Mitchell, A. (2011). "Health sector decentralization and local decision-making: Decision space, institutional capacities and accountability in Pakistan". *Social Science and Medicine* 72 (2011) 39-48.
- Bossert, T. (2014). "Decentralization of Health Systems: Challenges and Global Issues of the Twenty-First Century". Chapter 12 in Krishna Regmi, ed. *Decentralizing Health Services* (Springer, 2014).
- Brinkerhoff, D. W., & Goldsmith, A. A. (1992). Promoting the sustainability of development institutions: A framework for strategy. *World Development*, 20(3), 369-383.
- Dever, G.E.A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Soc Indic Res* (1976) 2: 453. doi:10.1007/BF00303847
- Dillinger, W. (1994). *Decentralization and its implications for urban service delivery* (Vol. 16). World Bank Publications.
- Falleti, T. G. (2005). A sequential theory of decentralization: Latin American cases in comparative perspective. *American Political Science Review*, 99(03), 327-346.
- Frenk J. (1993). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. Primera edición. México: Fondo de Cultura Económica. Disponible en:
<http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>
- Giménez Caballero, E. (2013). Hacia un sistema de Salud con Garantías. Notas para nuevas políticas en salud en Paraguay. Instituto Desarrollo / Higea Salud Paraguay; ISBN 978 99967 713 0 9.

- Giménez, E. (2012). Notas sobre la descentralización en el sector salud del Paraguay. Instituto Desarrollo Asunción.
- Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS) UNASUR. (2012). Sistemas de Salud en Sudamérica: desafíos para la universidad, la integridad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Serie: ISBN 978 85 87743 20 6. Disponible: http://www.isags-unasul.org/biblioteca_interna.asp?lang=3&idArea=33&idPai=5139
- Mancuello Alum, J. N. y Cabral de Bejarano, M. S. (2011). 'Sistema de Salud de Paraguay'. *Revista de Salud Pública Paraguay*. 2011; Vol. 1 (1): 13-25. Recuperado en http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/uploads/2013/11/Sistema-de-Salud-del-Paraguay_2011_Revista-de-Salud-Publica-del-INS.pdf, agosto 2015
- Marchiori, P., Góngora, C., Tobar, S. (2014). Abordando los determinantes sociales de la salud en UNASUR. *Boletín de la BCN. América del Sur, una región II*. N° 27. (137-146).
- Marshall, T. (1949) Ciudadanía y Clase Social, recuperado en: <http://www.mediafire.com/view/zmqyzoimhg/Marshall++Ciudadania+y+clase+social.pdf>
- Méndez C, Vanegas J. (2010). Opinión y análisis: la participación social en salud: el desafío de Chile. *Revista Panamericana de la Salud*; 27(2): 144-148.
- Mills, A. (1994). Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? *Public administration and development*, 14(3), 281-292.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 463/1998.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 613/2012.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 612/2015.
- Miozzo, M., & Soete, L. (2001). Internationalization of services: a technological perspective. *Technological Forecasting and Social Change*, 67(2), 159-185.
- Moreno, R., Smith, P. (2012). Universal Health Coverage 1: Does the progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet* [revista en internet] 2012 September. [May 30] 380 (917 - 923). Disponible: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61039-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61039-3/fulltext)
- Muñoz, F., López - Acuña, D., Halverson, P., Guerra, C., Hanna, W., Larriou, M. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* [revista en internet] 2000 [12/06/14]; volumen 8 (n. 1-2). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017

- Murray, C.J., Frenk, J. (2000). Sistemas de Salud: Un marco para evaluar el desempeño de los Sistemas de Salud. OMS. 2000; Recopilación de artículos numero 3: 149–162.
http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_149-162_spa.pdf
- Musgrave, R. A. and Musgrave, P. B. (1989): Public Finance in Theory and Practice. New York. MacGraw-Hill.
- Naciones Unidas. (2012). El futuro que queremos. Rio+20: Conferencia de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible. Tema 10: documento final de la conferencia. Rio de Janeiro (Brasil); junio 2012.
- 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. Recuperado en http://www.mspbs.gov.py/planificacion/wp-content/uploads/2012/07/Perfil_Sistema_Salud-Paraguay_2008.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (1924). Código Sanitario Panamericano. Recuperado en: <https://www.scjn.gob.mx/libro/InstrumentosCódigo/PAG0503.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS.
http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Informe final: Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS 2009. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra 2013. Serie de informes técnicos: clasificación NLM: W 84.6 ISBN 978 92 4 356459 3. <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003. Sistemas de Salud: principios para una atención integrada. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra 2003. Serie de informes técnicos: clasificación NLM: WA 540.1. ISBN 92 4 356243 6. <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Informe de un Grupo Científico

- de la OMS; Ginebra 2000. Serie de informes: clasificación NLM: WA 540.1 ISBN 92 4 356198 7. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1
- 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. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Toward Universal Health Coverage in Latin American and Caribbean: Measuring results of programs to extend financial protection and access to health care for the poor. Washington, D.C. Nov 21, 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9200%3Atoward-universal-health-coverage-latin-american-caribbean-_measuring-results-programs-extend-financial-protection-access-health-care-poor&catid=5675%3Ahss-02-universal-health-coverage&Itemid=40122&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). Metas regionales en materia de recursos humanos. 27° Consejo Directivo. 59° sesión del Comité Regional. OPS. Washington, D.C., EUA, octubre del 2007. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_institucional/decada%20de%20rhus/3-4-c-resolucion-CSP27.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Redes integradas de servicio de salud basadas en la atención primaria de salud. 49° Consejo Directivo. 61° sesión del Comité Regional. OPS. Washington, D.C., EUA, octubre del 2009.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Serie: la renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. OPS. Washington DC, octubre 2008. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Serie: la renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. N° 4. OPS. Washington DC, 2010. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_integradas_servicios_salud.pdf
- Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons: The Evolution of Institution for Collective Action*. Cambridge. Cambridge University Press.
- Peckham, S., Exworthy, M., Greener, I., & Powell, M. (2005). Decentralizing health services: more local accountability or just more control that is central? *Public Money & Management*, 25(4), 221-228.

- Putman, R. (1993). *Making Democracy Work. Civil Traditions in Modern Italy*. Princeton. Princeton University Press.
- Rondinelli, D. (1981). "Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries". *International Review of Administrative Science*, vol. 47, no. 2: 133-45.
- Rondinelli, D. (1983). "Decentralization in developing countries". World Bank World Bank Staff Working Papers number 581, Management and Development Series Number 8, Washington DC.
- Smith, P. C., Stepan, A., Valdmanis, V. & Verheyen, P. (1997). Principal-agent problems in health care systems: an international perspective. *Healthpolicy*, 41(1), 37-60.
- Paraguay (1936). LEY N° 2001 | Ley Orgánica de Salud Pública. Recuperada en: www.bacn.gov.py/MjMwMQ==&decreto-ley-n-2001
- (1980) Código Sanitario (Ley 836/80), http://www.seam.gov.py/sites/default/files/ley_836.pdf
- (1992) Constitución de la República del Paraguay. Recuperada en <http://jme.gov.py/transito/leyes/1992.html>
- (1996) Ley 1032/96 del Sistema Nacional de Salud. Recuperado en <http://www.mspbs.gov.py/dgds/?p=24>
- Programa Emblemático Gubernamental UNIDADES DE SALUD DE LA FAMILIA INFORME DE EVALUACIÓN DE PROCESO. Asunción, diciembre de 2010. USAID - Gestión Ambiental.
- Savedoff, W., Ferranti, D., Smith, A., Fan, V. (2012). Universal Health Coverage 2: Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *The Lancet* [revista en internet] 2012 September. [May 30] 380 (924 - 932). Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61340-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61340-3/fulltext)
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Publica* [revista en Internet] 2002 [31 de mayo de 2014]; 11(5/6): [302 - 309] Disponible en: <https://docs.google.com/document/d/1ixeVefQvynaqRn6tYZYibZWswaOXXKp-Fdsg6uYIwflg/edit>
- Sen, A., Kliksberg, B. (2007). Capítulo 6: La mortalidad como un indicador económico. Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado. 6ta. Edición. Barcelona. Ediciones Deusto; 2007. 69-107.

Tobar, F. (2002). Cómo construir una política de estado en salud. *Médicos Medicina Global*. Año IV; N° XXIII: 34 - 39.

http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf5/Como.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana* [revista en internet] 2011[12/06/14]; XXXIII (1) [11-14]. Disponible en:

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario

CUESTIONARIO PARA EL ANÁLISIS DE LOS ESPACIOS DE DECISIÓN Y PROSPECTIVA EN LA DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD EN PARAGUAY

FECHA: / / HORA DE INICIO: : HORA DE FINALIZACIÓN: :

CUESTIONARIO N°

REGIÓN SANITARIA

DISTRITO

BARRIO (LOCALIDAD)

INSTITUCIÓN (NOMBRE)

INSTITUCIÓN (TIPO)

NOMBRE DEL ENTREVISTADO

CARGO

DIRECCIÓN:

TELÉFONO/FAX:

ENCUESTADOR:

“Comprender la dinámica del proceso de descentralización de los servicios de salud que actualmente se lleva a cabo en Paraguay”.

En todas las preguntas la escala corresponde a: 1 es mínimo y 4 es máximo.

1. En su opinión, en relación a la población de responsabilidad de su Institución, la gestión del presupuesto se adecua a uno o más de los siguientes criterios:	En la Actualidad	Según la tendencia ¿qué poder de decisión tendrá en el 2018?	Según la tendencia ¿qué poder de decisión tendrá en el 2023?	¿Qué poder de decisión es el ideal para usted?
• Perfil epidemiológico	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Demanda de los usuarios	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Situaciones de emergencias	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Atención a poblaciones más vulnerables	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Salud materna e infantil	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Prioridades establecidas a Institución central	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Prioridades establecidas regional o localmente	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

2.Cuál es el poder de decisión que tiene para:	En la Actualidad	Según la tendencia ¿qué poder de decisión tendrá en el 2018?	Según la tendencia ¿qué poder de decisión tendrá en el 2023?	¿Qué poder de decisión es el ideal para usted?
• Formular su Presupuesto	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Gastar su Presupuesto	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Establecer prioridades en la asignación de recursos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
• Establecer un plan de inversiones	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Incorporar nuevos recursos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Asignar funciones a los recursos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Establecer la distribución de la carga horaria de los recursos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Para promover e incentivar a los recursos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Sancionar a los recursos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Movilizar o trasladar a recursos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Desvincular o despedir a recursos humanos	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Elaborar planes en la institución	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

ESPACIOS DE DECISIÓN Y TENDENCIAS EN LA
DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN EL PARAGUAYAA

- Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Designar los directores en su organización	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Para contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades (directores)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Habilitar nuevos servicios o programas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Implementar de programas prioritarios en su comunidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Identificar a la población más vulnerable a su cargo	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Mejorar el acceso a los servicios a los niños	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

3. La comunidad (organizaciones de la sociedad civil) qué grado de participación tiene en la:	En la Actualidad	Según la tendencia, ¿qué poder de decisión tendrá en el 2018?	Según la tendencia, ¿qué poder de decisión tendrá en el 2023?	¿Qué poder de decisión es el ideal para usted?
- Definición de prioridades	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Planificación	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Rendición de cuentas	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Situaciones de emergencia	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Actividades de promoción y prevención	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Organización de servicios asistenciales	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
- Mejora de la calidad de servicios asistenciales	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

4. En términos de resultado, ¿en qué medida cree que la descentralización contribuye a?:	En la Actualidad	Según la tendencia, ¿qué poder de decisión tendrá en el 2018?	Según la tendencia, ¿qué tanto contribuirá en el 2023?	En una situación ideal, ¿qué tanto debería contribuir?
Mejorar el acceso de servicios	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Mejorar la calidad de servicios	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Mejorar la eficiencia	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Mejorar la transparencia	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Mejorar la participación	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
Mejorar la salud de la población	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

5. A su criterio, ¿cuáles son los factores más críticos o determinantes que han limitado el proceso de descentralización en salud?	¿Qué tanto limitan?
Cuestiones relacionadas con la afinidad política entre los principales actores	1 2 3 4
Reticencia a delegar autoridad por parte del Ministerio de Salud	1 2 3 4
Marco legal inadecuado	1 2 3 4
Burocracia excesiva para avanzar en el proceso	1 2 3 4
Presupuesto insuficiente	1 2 3 4
Capacidad de gestión limitada en las entidades que pueden ser descentralizadas	1 2 3 4
Capacidad técnica limitada en las entidades que pueden ser descentralizadas	1 2 3 4
Acceso limitado a tecnologías fuera de la capital	1 2 3 4
Otros	

6. A su criterio, en una situación óptima para la descentralización en salud, las gobernaciones y municipalidades, ¿qué tanto deberían tener responsabilidades en la gestión de servicios sanitarios?	¿Qué tanto limitan?
Gobernaciones	
Servicios comunitarios	1 2 3 4
Servicios de hospitales	1 2 3 4
Municipalidades	
Servicios comunitarios	1 2 3 4
Servicios de hospitales	1 2 3 4

En todas las preguntas la escala corresponde a: 1 es mínimo y 4 es máximo.

Muchas Gracias

Anexo 2: Guía de entrevistas

GUÍA DE ENTREVISTAS

Espacios de decisión y tendencias en la descentralización de salud del Paraguay

I. POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN

1. Desde su punto de vista, ¿en qué consiste la política de descentralización del Estado en el Paraguay? ¿Cuál es el propósito de descentralizar? ¿Qué es lo que se descentraliza? ¿Cómo se descentraliza?
2. ¿En qué consiste la descentralización de la salud? ¿Qué opinión tiene sobre la participación de las gobernaciones y municipios en el campo de la salud? ¿Qué opinión tiene sobre los Consejos de Salud? ¿Qué opinión tiene sobre las Unidades de Salud Familiar?

II. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

3. ¿Cuáles han sido los principales cambios en la descentralización del Estado (ley, presupuesto, capacitaciones, formación de ciudadanía) en las gobernaciones y municipalidades? ¿Cuáles han sido las principales limitaciones durante el proceso?
4. ¿Cuáles han sido los principales avances en la descentralización en salud; (Sistema Nacional de Salud y creación de Consejos de Salud; política de Asistencia Primaria y creación de las Unidades de Salud Familiar)? ¿Cuáles han sido las principales limitaciones en la descentralización sanitaria?

III. EL ESCENARIO ACTUAL

5. ¿Qué grado de descentralización actual tiene el Estado paraguayo? ¿Qué han impulsado los cambios, qué frena los cambios?
6. ¿Qué grado de descentralización actual tiene la salud? ¿Qué ha impulsado los cambios?
7. ¿Cuáles son las opciones o líneas de gestión en la salud que hay en el nivel de su institución y en otras?
8. ¿Dónde se deciden las cuestiones financieras de salud? ¿Dónde se decide sobre los recursos humanos en salud? ¿Dónde se decide para establecer prioridades sanitarias?
9. ¿En qué medida y manera participan las autoridades locales en estos temas?

IV. EL ESCENARIO TENDENCIAL

10. Según su opinión, ¿habrán cambios importantes en la descentralización del Estado para el 2018? ¿Cuáles serán los cambios posibles? ¿De qué depende?
11. En un plazo más largo, como el 2023, ¿los cambios pueden ser importantes? ¿De qué dependen?

V. EL ESCENARIO ÓPTIMO

12. ¿Cuál sería una centralidad y descentralización ideal del Estado? ¿Qué debería ocurrir para alcanzar este óptimo?
13. ¿Cuál debería ser el rol de las gobernaciones y de los municipios en el ámbito de la salud? Las Regiones Sanitarias, los Hospitales, las UFS, etc., ¿deben tener más autonomía o deberían estar más descentralizados?
14. ¿Cuáles son los factores que favorecerían o limitarían lograr este escenario?
15. ¿Cómo se puede aumentar la coordinación de la prestación de los servicios de salud?

Anexo 3: Tablas de procesamiento de datos

ESCENARIO ACTUAL 2015									
Cuál es el poder de decisión que tiene para:	N	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Formular su Presupuesto	510	260	50,88	136	26,61	98	19,18	16	3,13
Gastar su Propuesto	511	265	51,86	158	30,92	76	14,87	12	2,35
Establecer prioridades en la asignación de recursos	511	218	42,66	162	31,70	115	22,50	16	3,13
Establecer un plan de inversiones	511	220	43,05	153	29,94	121	23,68	17	3,33
Función financiera	2043	963	47,14	609	29,81	410	20,07	61	2,99
Incorporar nuevos recursos humanos	510	235	45,99	176	34,44	79	15,46	20	3,91
Asignar funciones a los recursos humanos	510	113	22,11	130	25,44	175	34,25	91	17,81
Establecer la distribución de la carga horaria de los recursos humanos	511	116	22,70	120	23,48	168	32,88	107	20,94
Para promover e incentivar a los recursos humanos	511	131	25,64	171	33,46	171	33,46	38	7,44
Sancionar a los recursos humanos	510	176	34,44	151	29,55	148	28,96	35	6,85
Movilizar o trasladar a recursos humanos	510	179	35,03	156	30,53	140	27,40	35	6,85
Desvincular o despedir a recursos humanos	511	220	43,05	189	36,99	87	17,03	15	2,94
Función recursos humanos	3573	1170	32,75	1093	30,59	968	27,09	341	9,54
Elaborar planes en la institución	510	89	17,42	124	24,27	221	43,25	76	14,87
Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	511	76	14,87	127	24,85	228	44,62	80	15,66
Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	511	71	13,89	138	27,01	246	48,14	56	10,96
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	511	159	31,12	188	36,79	129	25,24	35	6,85
Designar los directores en su organización	510	161	31,51	155	30,33	141	27,59	53	10,37
Para contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	511	186	36,40	207	40,51	90	17,61	28	5,48
Función reglas de dirección	3064	742	24,22	939	30,65	1055	34,43	328	10,70
Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	511	81	15,85	107	20,94	224	43,84	99	19,37

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	N	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Habilitar nuevos servicios o programas	510	122	23,87	151	29,55	204	39,92	33	6,46
Implementar de programas prioritarios en su comunidad	511	98	19,18	129	25,24	238	46,58	46	9,00
Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	510	88	17,22	151	29,55	228	44,62	43	8,41
Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	511	64	12,52	96	18,79	250	48,92	101	19,77
Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	511	95	18,59	109	21,33	266	52,05	41	8,02
Función reglas de organización	3064	548	17,89	743	24,25	1410	46,02	363	11,85
Identificar a la población más vulnerable a su cargo	511	80	15,66	104	20,35	243	47,55	84	16,44
Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	511	102	19,96	148	28,96	219	42,86	42	8,22
Mejorar el acceso a los servicios a los niños	511	109	21,33	145	28,38	211	41,29	45	8,81
Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	511	124	24,27	154	30,14	192	37,57	41	8,02
Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	511	140	27,40	162	31,70	173	33,86	36	7,05
Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	511	193	37,77	140	27,40	145	28,38	33	6,46
Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	511	143	27,98	140	27,40	196	38,36	32	6,26
Función Reglas de Acceso	3577	891	24,91	993	27,76	1379	38,55	313	8,75
Definición de prioridades	511	124	24,27	262	51,27	110	21,53	15	2,94
Planificación	510	131	25,64	243	47,55	127	24,85	9	1,76
Rendición de cuentas	510	145	28,38	233	45,60	117	22,90	15	2,94
Situaciones de emergencia	510	143	27,98	203	39,73	145	28,38	19	3,72
Actividades de promoción y prevención	510	88	17,22	239	46,77	161	31,51	21	4,11
Organización de servicios asistenciales	510	97	18,98	225	44,03	160	31,31	28	5,48
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	510	98	19,18	241	47,16	149	29,16	20	3,91
Función Participación	3571	826	23,13	1646	46,09	969	27,14	127	3,56

ESCENARIO TENDENCIAL 2018									
Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Formular su Presupuesto	511	150	29,35	215	42,07	109	21,33	36	7,05
Gastar su Propuesto	511	143	27,98	233	45,60	100	19,57	33	6,46
Establecer prioridades en la asignación de recursos	511	131	25,64	211	41,29	131	25,64	37	7,24
Establecer un plan de inversiones	511	134	26,22	215	42,07	120	23,48	41	8,02
Función financiera	2044	558	27,30	874	42,76	460	22,50	147	7,19
Incorporar nuevos recursos humanos	506	126	24,90	242	47,83	98	19,37	40	7,91
Asignar funciones a los recursos humanos	507	62	12,23	163	32,15	180	35,50	102	20,12
Establecer la distribución de la carga horaria de los recursos humanos	510	68	13,33	144	28,24	169	33,14	129	25,29
Para promover e incentivar a los recursos humanos	510	81	15,88	180	35,29	192	37,65	57	11,18
Sancionar a los recursos humanos	510	93	18,24	192	37,65	163	31,96	62	12,16
Movilizar o trasladar a recursos humanos	510	98	19,22	195	38,24	161	31,57	56	10,98
Desvincular o despedir a recursos humanos	509	132	25,93	228	44,79	109	21,41	40	7,86
Función Recursos Humanos	3562	660	18,53	1344	37,73	1072	30,10	486	13,64
Elaborar planes en la institución	510	54	10,59	133	26,08	227	44,51	96	18,82
Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	510	45	8,82	130	25,49	229	44,90	106	20,78
Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	509	34	6,68	143	28,09	259	50,88	73	14,34
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	510	88	17,25	206	40,39	163	31,96	53	10,39
Designar los directores en su organización	510	98	19,22	160	31,37	176	34,51	76	14,90
Para contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	510	111	21,76	231	45,29	118	23,14	50	9,80
Función Reglas de Dirección	3059	430	14,06	1003	32,79	1172	38,31	454	14,84
Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	510	40	7,84	128	25,10	211	41,37	131	25,69

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Habilitar nuevos servicios o programas	509	66	12,97	157	30,84	228	44,79	58	11,39
Implementar de programas prioritarios en su comunidad	510	53	10,39	139	27,25	250	49,02	68	13,33
Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	509	39	7,66	164	32,22	239	46,95	67	13,16
Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	510	30	5,88	108	21,18	250	49,02	122	23,92
Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	510	47	9,22	132	25,88	267	52,35	64	12,55
Función Organización	3058	275	8,99	828	27,08	1445	47,25	510	16,68
Identificar a la población más vulnerable a su cargo	510	34	6,67	120	23,53	249	48,82	107	20,98
Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	510	50	9,80	142	27,84	239	46,86	79	15,49
Mejorar el acceso a los servicios a los niños	510	55	10,78	155	30,39	222	43,53	78	15,29
Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	510	60	11,76	164	32,16	215	42,16	71	13,92
Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	510	67	13,14	174	34,12	205	40,20	64	12,55
Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	510	99	19,41	178	34,90	172	33,73	61	11,96
Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	510	62	12,16	179	35,10	204	40,00	65	12,75
Función Reglas de Acceso	3570	427	11,96	1112	31,15	1506	42,18	525	14,71
Definición de prioridades	511	42	8,22	302	59,10	129	25,24	38	7,44
Planificación	510	48	9,41	289	56,67	140	27,45	33	6,47
Rendición de cuentas	510	51	10,00	265	51,96	159	31,18	35	6,86
Situaciones de emergencia	508	67	13,19	236	46,46	166	32,68	39	7,68
Actividades de promoción y prevención	508	44	8,66	234	46,06	192	37,80	38	7,48
Organización de servicios asistenciales	509	44	8,64	221	43,42	200	39,29	44	8,64
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	509	39	7,66	236	46,37	198	38,90	36	7,07
Función Participación	3565	335	9,40	1783	50,01	1184	33,21	263	7,38

ESCENARIO TENDENCIAL 2023									
Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Formular su Presupuesto	510	63	12,35	202	39,61	185	36,27	60	11,76
Gastar su Propuesto	509	55	10,81	212	41,65	183	35,95	59	11,59
Establecer prioridades en la asignación de recursos	510	57	11,18	190	37,25	200	39,22	63	12,35
Establecer un plan de inversiones	510	56	10,98	201	39,41	184	36,08	69	13,53
Función financiera	2039	231	11,33	805	39,48	752	36,88	251	12,31
Incorporar nuevos recursos humanos	505	56	11,09	187	37,03	197	39,01	65	12,87
Asignar funciones a los recursos humanos	506	21	4,15	137	27,08	223	44,07	125	24,70
Establecer la distribución de la carga horaria de los recursos humanos	510	30	5,88	115	22,55	217	42,55	148	29,02
Para promover e incentivar a los recursos humanos	510	37	7,25	146	28,63	238	46,67	89	17,45
Sancionar a los recursos humanos	509	42	8,25	161	31,63	226	44,40	80	15,72
Movilizar o trasladar a recursos humanos	509	40	7,86	173	33,99	211	41,45	85	16,70
Desvincular o despedir a recursos humanos	509	65	12,77	179	35,17	205	40,28	60	11,79
Función recursos Humanos	3558	291	8,18	1098	30,86	1517	42,64	652	18,32
Elaborar planes en la institución	510	22	4,31	103	20,20	257	50,39	128	25,10
Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	510	19	3,73	87	17,06	268	52,55	136	26,67
Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	510	19	3,73	82	16,08	279	54,71	130	25,49
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	510	48	9,41	147	28,82	218	42,75	97	19,02
Designar los directores en su organización	509	49	9,63	141	27,70	218	42,83	101	19,84
Para contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	510	70	13,73	153	30,00	218	42,75	69	13,53
Función Reglas de Dirección	3059	227	7,42	713	23,31	1458	47,66	661	21,61
Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	510	24	4,71	73	14,31	251	49,22	162	31,76

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Habilitar nuevos servicios o programas	508	36	7,09	106	20,87	274	53,94	92	18,11
Implementar de programas prioritarios en su comunidad	509	26	5,11	85	16,70	303	59,53	95	18,66
Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	508	26	5,12	87	17,13	289	56,89	106	20,87
Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	510	20	3,92	65	12,75	255	50,00	170	33,33
Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	510	33	6,47	83	16,27	282	55,29	112	21,96
Función Organización	3055	165	5,40	499	16,33	1654	54,14	737	24,12
Identificar a la población más vulnerable a su cargo	510	25	4,90	73	14,31	255	50,00	157	30,78
Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	510	32	6,27	99	19,41	240	47,06	139	27,25
Mejorar el acceso a los servicios a los niños	510	31	6,08	105	20,59	236	46,27	138	27,06
Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	510	31	6,08	104	20,39	237	46,47	138	27,06
Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	510	31	6,08	109	21,37	238	46,67	132	25,88
Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	510	72	14,12	105	20,59	222	43,53	111	21,76
Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	510	33	6,47	101	19,80	238	46,67	138	27,06
Función Reglas de Acceso	3570	255	7,14	696	19,50	1666	46,67	953	26,69
Definición de prioridades	511	21	4,11	138	27,01	285	55,77	67	13,11
Planificación	510	24	4,71	144	28,24	277	54,31	65	12,75
Rendición de cuentas	509	31	6,09	127	24,95	280	55,01	71	13,95
Situaciones de emergencia	507	38	7,50	117	23,08	281	55,42	71	14,00
Actividades de promoción y prevención	508	30	5,91	111	21,85	292	57,48	75	14,76
Organización de servicios asistenciales	508	21	4,13	120	23,62	288	56,69	79	15,55
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	506	26	5,14	116	22,92	286	56,52	78	15,42
Función Participación	3559	191	5,37	873	24,53	1989	55,89	506	14,22

ESCENARIO IDEAL

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Formular su Presupuesto	511	19	3,72	27	5,28	143	27,98	322	63,01
Gastar su Propuesto	510	18	3,53	33	6,47	136	26,67	323	63,33
Establecer prioridades en la asignación de recursos	511	17	3,33	27	5,28	144	28,18	323	63,21
Establecer un plan de inversiones	511	14	2,74	28	5,48	145	28,38	324	63,41
Función financiera	2043	68	3,33	115	5,63	568	27,80	1292	63,24
Incorporar nuevos recursos humanos	510	17	3,33	28	5,49	136	26,67	329	64,51
Asignar funciones a los recursos humanos	506	15	2,96	23	4,55	105	20,75	363	71,74
Establecer la distribución de la carga horaria de los recursos humanos	510	17	3,33	17	3,33	92	18,04	384	75,29
Para promover e incentivar a los recursos humanos	511	12	2,35	22	4,31	105	20,55	372	72,80
Sancionar a los recursos humanos	511	15	2,94	26	5,09	123	24,07	347	67,91
Movilizar o trasladar a recursos humanos	509	13	2,55	26	5,11	130	25,54	340	66,80
Desvincular o despedir a recursos humanos	510	22	4,31	25	4,90	119	23,33	344	67,45
Función Recursos Humanos	3567	111	3,11	167	4,68	810	22,71	2479	69,50
Elaborar planes en la institución	511	15	2,94	21	4,11	93	18,20	382	74,76
Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	511	10	1,96	22	4,31	94	18,40	385	75,34
Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	511	13	2,54	21	4,11	98	19,18	379	74,17
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	511	14	2,74	27	5,28	119	23,29	351	68,69
Designar los directores en su organización	511	17	3,33	25	4,89	119	23,29	350	68,49
Para contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	511	23	4,50	29	5,68	124	24,27	335	65,56
Función Reglas de Dirección	3066	92	3,00	145	4,73	647	21,10	2182	71,17
Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	511	14	2,74	15	2,94	95	18,59	387	75,73

Cuál es el poder de decisión que tiene para:	n	1		2		3		4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Habilitar nuevos servicios o programas	510	14	2,75	23	4,51	97	19,02	376	73,73
Implementar de programas prioritarios en su comunidad	511	16	3,13	22	4,31	88	17,22	385	75,34
Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	510	16	3,14	20	3,92	94	18,43	380	74,51
Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	511	13	2,54	21	4,11	80	15,66	397	77,69
Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	511	13	2,54	20	3,91	88	17,22	390	76,32
Función Organización	3064	86	2,81	121	3,95	542	17,69	2315	75,55
Identificar a la población más vulnerable a su cargo	511	12	2,35	22	4,31	76	14,87	401	78,47
Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	511	12	2,35	20	3,91	85	16,63	394	77,10
Mejorar el acceso a los servicios a los niños	511	14	2,74	18	3,52	79	15,46	400	78,28
Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	511	13	2,54	20	3,91	77	15,07	401	78,47
Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	511	15	2,94	23	4,50	82	16,05	391	76,52
Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	511	13	2,54	20	3,91	77	15,07	401	78,47
Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	511	21	4,11	29	5,68	73	14,29	388	75,93
Función Reglas de Acceso	3577	100	2,80	152	4,25	549	15,35	2776	77,61
Definición de prioridades	510	8	1,57	27	5,29	131	25,69	344	67,45
Planificación	509	5	0,98	35	6,88	138	27,11	331	65,03
Rendición de cuentas	508	9	1,77	23	4,53	129	25,39	347	68,31
Situaciones de emergencia	509	2	0,39	32	6,29	122	23,97	351	68,96
Actividades de promoción y prevención	508	9	1,77	21	4,13	116	22,83	362	71,26
Organización de servicios asistenciales	508	7	1,38	27	5,31	111	21,85	363	71,46
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	510	9	1,76	22	4,31	114	22,35	356	69,80
Función Participación	3562	49	1,38	187	5,25	861	24,17	2454	68,89

ESPACIOS DE DECISIÓN Y TENDENCIAS EN LA
DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN EL PARAGUAYAA

FUNCIONES Y COMPONENTES	2015				2018				2013			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	50,88	26,61	19,18	3,13	29,35	42,07	21,33	7,05	12,35	39,61	36,27	11,76
	51,86	30,92	14,87	2,35	27,98	45,60	19,57	6,46	10,81	41,65	35,95	11,59
	42,66	31,70	22,50	3,13	25,64	41,29	25,64	7,24	11,18	37,25	39,22	12,35
	43,05	29,94	23,68	3,33	26,22	42,07	23,48	8,02	10,98	39,41	36,08	13,53
Función financiera	47,14	29,81	20,07	2,99	27,30	42,76	22,50	7,19	11,33	39,48	36,88	12,31
Incorporar nuevos recursos humanos	45,99	34,44	15,46	3,91	24,90	47,83	19,37	7,91	11,09	37,03	39,01	12,87
Asignar funciones a los recursos humanos	22,11	25,44	34,25	17,81	12,23	32,15	35,50	20,12	4,15	27,08	44,07	24,70
Establecer la distribución de la carga horaria de los recursos humanos	22,70	23,48	32,88	20,94	13,33	28,24	33,14	25,29	5,88	22,55	42,55	29,02
Para promover e incentivar a los recursos humanos	25,64	33,46	33,46	7,44	15,88	35,29	37,65	11,18	7,25	28,63	46,67	17,45
Sancionar a los recursos humanos	34,44	29,55	28,96	6,85	18,24	37,65	31,96	12,16	8,25	31,63	44,40	15,72
Movilizar o trasladar a recursos humanos	35,03	30,53	27,40	6,85	19,22	38,24	31,57	10,98	7,86	33,99	41,45	16,70
Desvincular o despedir a recursos humanos	43,05	36,99	17,03	2,94	25,93	44,79	21,41	7,86	12,77	35,17	40,28	11,79
Función recursos humanos	32,75	30,59	27,09	9,54	18,53	37,73	30,10	13,64	8,18	30,86	42,64	18,32
Elaborar planes en la institución	17,42	24,27	43,25	14,87	10,59	26,08	44,51	18,82	4,31	20,20	50,39	25,10
Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	14,87	24,85	44,62	15,66	8,82	25,49	44,90	20,78	3,73	17,06	52,55	26,67
Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	13,89	27,01	48,14	10,96	6,68	28,09	50,88	14,34	3,73	16,08	54,71	25,49
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	31,12	36,79	25,24	6,85	17,25	40,39	31,96	10,39	9,41	28,82	42,75	19,02
Designar los directores en su organización	31,51	30,33	27,59	10,37	19,22	31,37	34,51	14,90	9,63	27,70	42,83	19,84
Para contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	36,40	40,51	17,61	5,48	21,76	45,29	23,14	9,80	13,73	30,00	42,75	13,53
Función reglas de dirección	24,22	30,65	34,43	10,70	14,06	32,79	38,31	14,84	7,42	23,31	47,66	21,61
Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	15,85	20,94	43,84	19,37	7,84	25,10	41,37	25,69	4,71	14,31	49,22	31,76
Habilitar nuevos servicios o programas	23,87	29,55	39,92	6,46	12,97	30,84	44,79	11,39	7,09	20,87	53,94	18,11
Implementar de programas prioritarios en su comunidad	19,18	25,24	46,58	9,00	10,39	27,25	49,02	13,33	5,11	16,70	59,53	18,66
Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	17,22	29,55	44,62	8,41	7,66	32,22	46,95	13,16	5,12	17,13	56,89	20,87
Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	12,52	18,79	48,92	19,77	5,88	21,18	49,02	23,92	3,92	12,75	50,00	33,33
Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	18,59	21,33	52,05	8,02	9,22	25,88	52,35	12,55	6,47	16,27	55,29	21,96
Función reglas de organización	17,89	24,25	46,02	11,85	8,99	27,08	47,25	16,68	5,40	16,33	54,14	24,12

Identificar a la población más vulnerable a su cargo	15,66	20,35	47,55	16,44	6,67	23,53	48,82	20,98	4,90	14,31	50,00	30,78
Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	19,96	28,96	42,86	8,22	9,80	27,84	46,86	15,49	6,27	19,41	47,06	27,25
Mejorar el acceso a los servicios a los niños	21,33	28,38	41,29	8,81	10,78	30,39	43,53	15,29	6,08	20,59	46,27	27,06
Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	24,27	30,14	37,57	8,02	11,76	32,16	42,16	13,92	6,08	20,39	46,47	27,06
Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	27,40	31,70	33,86	7,05	13,14	34,12	40,20	12,55	6,08	21,37	46,67	25,88
Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	37,77	27,40	28,38	6,46	19,41	34,90	33,73	11,96	14,12	20,59	43,53	21,76
Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	27,98	27,40	38,36	6,26	12,16	35,10	40,00	12,75	6,47	19,80	46,67	27,06
Función Reglas de Acceso	24,91	27,76	38,55	8,75	11,96	31,15	42,18	14,71	7,14	19,50	46,67	26,69
Definición de prioridades	24,27	51,27	21,53	2,94	8,22	59,10	25,24	7,44	4,11	27,01	55,77	13,11
Planificación	25,64	47,55	24,85	1,76	9,41	56,67	27,45	6,47	4,71	28,24	54,31	12,75
Rendición de cuentas	28,38	45,60	22,90	2,94	10,00	51,96	31,18	6,86	6,09	24,95	55,01	13,95
Situaciones de emergencia	27,98	39,73	28,38	3,72	13,19	46,46	32,68	7,68	7,50	23,08	55,42	14,00
Actividades de promoción y prevención	17,22	46,77	31,51	4,11	8,66	46,06	37,80	7,48	5,91	21,85	57,48	14,76
Organización de servicios asistenciales	18,98	44,03	31,31	5,48	8,64	43,42	39,29	8,64	4,13	23,62	56,69	15,55
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	19,18	47,16	29,16	3,91	7,66	46,37	38,90	7,07	5,14	22,92	56,52	15,42
Función Participación	23,13	46,09	27,14	3,56	9,40	50,01	33,21	7,38	5,37	24,53	55,89	14,22

ESPACIOS DE DECISIÓN Y TENDENCIAS EN LA
DESCENTRALIZACIÓN DE LA SALUD EN EL PARAGUAYAA

FUNCIONES Y COMPONENTES	1			2			3			4		
	2015	2018	2023	2015	2018	2023	2015	2018	2023	2015	2018	2023
	50,88	29,35	12,35	26,61	42,07	39,61	19,18	21,33	36,27	3,13	7,05	11,76
	51,86	27,98	10,81	30,92	45,60	41,65	14,87	19,57	35,95	2,35	6,46	11,59
	42,66	25,64	11,18	31,70	41,29	37,25	22,50	25,64	39,22	3,13	7,24	12,35
	43,05	26,22	10,98	29,94	42,07	39,41	23,68	23,48	36,08	3,33	8,02	13,53
Función financiera	47,14	27,30	11,33	29,81	42,76	39,48	20,07	22,50	36,88	2,99	7,19	12,31
Incorporar nuevos recursos humanos	45,99	24,90	11,09	34,44	47,83	37,03	15,46	19,37	39,01	3,91	7,91	12,87
Asignar funciones a los recursos humanos	22,11	12,23	4,15	25,44	32,15	27,08	34,25	35,50	44,07	17,81	20,12	24,70
Establecer la distribución de la carga horaria de los recursos humanos	22,70	13,33	5,88	23,48	28,24	22,55	32,88	33,14	42,55	20,94	25,29	29,02
Para promover e incentivar a los recursos humanos	25,64	15,88	7,25	33,46	35,29	28,63	33,46	37,65	46,67	7,44	11,18	17,45
Sancionar a los recursos humanos	34,44	18,24	8,25	29,55	37,65	31,63	28,96	31,96	44,40	6,85	12,16	15,72
Movilizar o trasladar a recursos humanos	35,03	19,22	7,86	30,53	38,24	33,99	27,40	31,57	41,45	6,85	10,98	16,70
Desvincular o despedir a recursos humanos	43,05	25,93	12,77	36,99	44,79	35,17	17,03	21,41	40,28	2,94	7,86	11,79
Función recursos humanos	32,75	18,53	8,18	30,59	37,73	30,86	27,09	30,10	42,64	9,54	13,64	18,32
Elaborar planes en la institución	17,42	10,59	4,31	24,27	26,08	20,20	43,25	44,51	50,39	14,87	18,82	25,10
Fijar metas de gestión para las distintas dependencias de la organización	14,87	8,82	3,73	24,85	25,49	17,06	44,62	44,90	52,55	15,66	20,78	26,67
Controlar el cumplimiento de metas y tareas asignadas	13,89	6,68	3,73	27,01	28,09	16,08	48,14	50,88	54,71	10,96	14,34	25,49
Realizar rendiciones de cuenta a la comunidad	31,12	17,25	9,41	36,79	40,39	28,82	25,24	31,96	42,75	6,85	10,39	19,02
Designar los directores en su organización	31,51	19,22	9,63	30,33	31,37	27,70	27,59	34,51	42,83	10,37	14,90	19,84
Para contrarrestar la influencia partidaria en la designación de autoridades	36,40	21,76	13,73	40,51	45,29	30,00	17,61	23,14	42,75	5,48	9,80	13,53
Función reglas de dirección	24,22	14,06	7,42	30,65	32,79	23,31	34,43	38,31	47,66	10,70	14,84	21,61
Asignar funciones al personal para organizar mejor sus servicios	15,85	7,84	4,71	20,94	25,10	14,31	43,84	41,37	49,22	19,37	25,69	31,76
Habilitar nuevos servicios o programas	23,87	12,97	7,09	29,55	30,84	20,87	39,92	44,79	53,94	6,46	11,39	18,11
Implementar de programas prioritarios en su comunidad	19,18	10,39	5,11	25,24	27,25	16,70	46,58	49,02	59,53	9,00	13,33	18,66
Proveer de servicios prioritarios para su comunidad	17,22	7,66	5,12	29,55	32,22	17,13	44,62	46,95	56,89	8,41	13,16	20,87
Generar información y utilizarla para mejorar los servicios	12,52	5,88	3,92	18,79	21,18	12,75	48,92	49,02	50,00	19,77	23,92	33,33
Diseñar e implementar un programa de mejora de calidad	18,59	9,22	6,47	21,33	25,88	16,27	52,05	52,35	55,29	8,02	12,55	21,96
Función reglas de organización	17,89	8,99	5,40	24,25	27,08	16,33	46,02	47,25	54,14	11,85	16,68	24,12
Identificar a la población más vulnerable a su cargo	15,66	6,67	4,90	20,35	23,53	14,31	47,55	48,82	50,00	16,44	20,98	30,78

Mejorar el acceso a los servicios a las mujeres	19,96	9,80	6,27	28,96	27,84	19,41	42,86	46,86	47,06	8,22	15,49	27,25
Mejorar el acceso a los servicios a los niños	21,33	10,78	6,08	28,38	30,39	20,59	41,29	43,53	46,27	8,81	15,29	27,06
Mejorar el acceso a los servicios a las personas de la tercera edad	24,27	11,76	6,08	30,14	32,16	20,39	37,57	42,16	46,47	8,02	13,92	27,06
Mejorar el acceso a los servicios a las personas con discapacidad	27,40	13,14	6,08	31,70	34,12	21,37	33,86	40,20	46,67	7,05	12,55	25,88
Mejorar el acceso a los servicios a los indígenas	37,77	19,41	14,12	27,40	34,90	20,59	28,38	33,73	43,53	6,46	11,96	21,76
Mejorar el acceso a los servicios a los pobres	27,98	12,16	6,47	27,40	35,10	19,80	38,36	40,00	46,67	6,26	12,75	27,06
Función Reglas de Acceso	24,91	11,96	7,14	27,76	31,15	19,50	38,55	42,18	46,67	8,75	14,71	26,69
Definición de prioridades	24,27	8,22	4,11	51,27	59,10	27,01	21,53	25,24	55,77	2,94	7,44	13,11
Planificación	25,64	9,41	4,71	47,55	56,67	28,24	24,85	27,45	54,31	1,76	6,47	12,75
Rendición de cuentas	28,38	10,00	6,09	45,60	51,96	24,95	22,90	31,18	55,01	2,94	6,86	13,95
Situaciones de emergencia	27,98	13,19	7,50	39,73	46,46	23,08	28,38	32,68	55,42	3,72	7,68	14,00
Actividades de promoción y prevención	17,22	8,66	5,91	46,77	46,06	21,85	31,51	37,80	57,48	4,11	7,48	14,76
Organización de servicios asistenciales	18,98	8,64	4,13	44,03	43,42	23,62	31,31	39,29	56,69	5,48	8,64	15,55
Mejora de la calidad de servicios asistenciales	19,18	7,66	5,14	47,16	46,37	22,92	29,16	38,90	56,52	3,91	7,07	15,42
Función Participación	23,13	9,40	5,37	46,09	50,01	24,53	27,14	33,21	55,89	3,56	7,38	14,22

ISBN: 978-99967-53-02-2



9 789996 753022