

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Análisis de expertos y marco histórico normativo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, Paraguay 1978 – 2008

Expert analysis and normative historical framework for the implementation of the Primary Health Care strategy, Paraguay 1978 – 2008

Gabriel Ortiz Jacquet¹ , María Stella Cabral-Bejarano² ¹ Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Asesoría Jurídica. Asunción, Paraguay.² Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Planificación y Evaluación. Asunción, Paraguay.

Autor correspondiente: Gabriel Ortiz Jacquet: gortizj86@gmail.com

Responsable editorial: Marta Inés Ferreira Gaona

Cómo referenciar este artículo: Ortiz Jacquet G, Cabral-Bejarano MS. Análisis de expertos y marco histórico normativo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud, Paraguay 1978 – 2008. Rev salud publica Parag. 2023; 13(1):5-15.

Recibido el 4 /01/2023, aprobado para publicación el 28 / 02 /2023

RESUMEN

Objetivo: Analizar las causas del vacío legal, al que se atribuye el retraso de implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en el Paraguay, en las dos primeras décadas posteriores a la Declaración Alma Ata (1978), a partir de la revisión del marco histórico, normativo y la opinión de expertos.**Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, observacional, histórico retrospectivo, basado en la revisión documental (marco normativo de APS, en el periodo de tiempo 1978 – 2008), y fuentes primarias obtenidas de entrevistas a informantes clave, a partir de una muestra restringida de actores elegidos por conveniencia (exministros, exviceministros, gerentes y expertos), estableciendo los alcances jurídicos como categorías de análisis.**Resultados:** Entre 1978 y 1990, resoluciones sin fuerza de ley, han respaldado proyectos transitorios, para la implementación de un modelo de estrategia de APS selectiva y parcial, no interpretados aun como puerta de entrada al Sistema de Salud, constatándose la ausencia de leyes o decretos que la habiliten efectivamente.**Conclusión:** Solo el respaldo de la norma escrita, con fuerza de Ley, ha podido establecer la relación entre el marco jurídico, la comprensión de la definición conceptual de la estrategia de APS, como puerta de entrada al Sistema de Salud en Paraguay, y su implementación efectiva como Política de Estado.**Palabras claves:** Atención Primaria de Salud, Jurisprudencia, Testimonio de Experto, Legislación médica, Declaración de Alma-Ata

ABSTRACT

Objective: To analyze the causes of the legal void to which the delay in the execution of the Primary Health Care strategy in Paraguay is attributed in the first two decades following the Alma Ata Declaration (1978), based on the review of the historical context, regulatory framework and expert opinion.**Methodology:** This is a descriptive, observational, retrospective historical, qualitative study, based on the review of documentation (the APS regulatory framework from 1978 to 2008) and primary sources gleaned from key informant interviews from a sample of restricted actors chosen for convenience (former ministers, former vice ministers, managers and experts), establishing the legal scope as categories of analysis.**Results:** Between 1978 and 1990, resolutions without legal effect have backed temporary projects for the development of a selective and partial APS strategy model, not yet interpreted as an entryway to the Health System, confirming the absence of laws or decrees that effectively permitted it.**Conclusion:** Only when a written norm is followed by the weight of the law it has been able to establish the relationship between the legal framework, the understanding of the conceptual definition of the APS strategy, as an entryway to the Health System in Paraguay, and its effective implementation as a state policy.**Keywords:** Primary Health Care; Aspects, Legal; Legislation, Systems of health, Alma Ata Declaration

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) del Paraguay creado por Ley N° 1.032/1996, está integrado por instituciones públicas, privadas y mixtas, lo que refleja un modelo segmentado y fragmentado, sin separación de funciones ⁽¹⁾.El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) ejerce la rectoría y es responsable de definir las Políticas Sanitarias, Planes Estratégicos, Objetivos, Metas, promoviendo la armonización y complementación entre subsistemas, los cuales tienen diferentes modalidades de financiamiento, población objetivo, condiciones de empleo, posición social y capacidad de pago ⁽²⁾.

El Sistema de Salud del Paraguay, mantiene un modelo fragmentado y segmentado, aunque ha logrado en las últimas décadas, reorganizar y operacionalizar el sistema en torno a la estrategia de Atención Primaria de Salud, con el fin de maximizar la equidad, solidaridad y alcanzar el más alto nivel de salud posible, respaldada por la Resolución S.G. N° 101/2008⁽³⁾.

Este estudio se enfoca en la identificación de las causas del vacío legal, y salto de décadas post Alma Ata, entre finales de los años 70 hasta la implementación efectiva de la estrategia de APS como política de Estado en la década de los 2000, con el fin de contribuir al análisis de procesos históricos, y el respaldo que otorgan los marcos normativos, que median como factor primordial, para la efectiva comprensión, apropiación implementación y consolidación de la estrategia de Atención Primaria de Salud en Paraguay.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo, observacional, basado en una revisión documental de corte histórico-retrospectivo, cuyo objetivo ha sido identificar los marcos jurídicos que han acompañado la inserción de la estrategia de APS, y su evolución legal en el tiempo, identificando hitos o factores, que incidieron en el fortalecimiento del Sistema de Salud en Paraguay, como un “Sistema de Salud basado en APS”.

La opinión de actores clave considerados expertos, que han ejercido roles de decisión, directivos y de gerencia superior en la gestión de las líneas de política de la APS, en los años 80, 90 y 2000 refuerzan la comprensión y análisis.

La elaboración de un mapeo histórico de la situación normativa de la APS ha permitido visualizar en una línea de tiempo, el conjunto de leyes, decretos, resoluciones y otras publicaciones y estudios, que han contribuido a discriminar los roles ejercidos históricamente por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), y organismos de cooperación, como responsables de la implementación y desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Paraguay.

RESULTADOS

Se identifican diferentes momentos históricos, e hitos en la implementación de la estrategia de APS en el Paraguay, que han permitido identificar eslabones, posturas a favor y en contra, debilidades, brechas e inconvenientes, hasta su implementación efectiva.

La Ley N° 836/80 (Código Sanitario)⁽⁴⁾, formulada en los inicios de la primera década post Alma Ata, constituye hasta la fecha el marco legal más relevante, aún vigente, según prelación de leyes, aunque en ella no se declara la estrategia de atención Primaria de Salud.

“...La declaración de la estrategia de APS, en la Ley 836 de 1980, y en otras normativas complementarias de la época, no fueron incluidas, aunque se reconoce que hubieran podido brindar el soporte legal necesario para avanzar en el desarrollo y evolución de las líneas estratégicas de la APS...” (Actor Clave, Experto)

Actores clave entrevistados identifican y atribuyen la resistencia inicial de apropiación, promoción e implementación de la estrategia de APS, a obstáculos relacionados a corrientes ideológicas, y económicas de la época, probablemente afines a modelos neoliberales emergentes.

En el año 1996, se formula y aprueba la Ley N° 1.032⁽⁵⁾, en la cual se explicita y legitima el Sistema Nacional de Salud, señalando por primera vez a la APS como el modelo organizacional del primer nivel de atención, y referenciando su aplicación jurídica.

En las décadas de 1990 y 2000, su implementación, se basó en la ejecución de estrategias de APS focalizadas o selectivas, caracterizadas por la priorización de la atención de determinadas enfermedades prevalentes, en el primer y segundo nivel de atención, mediados por unidades básicas denominados Puestos y Centros de Salud.

“...en la mayoría de los casos, los puestos y centros de salud, se encontraban parcialmente articulados al resto del sistema...” (Entrevistado F)

El financiamiento considerado discontinuo e insuficiente, en general provenía de proyectos de cooperación, desarrollados por organismos internacionales, con ciclos de vida limitados, que generaban interrupción de procesos, y asimetría e inequidad de sus resultados⁽⁶⁾.

El modelo de atención cambia radicalmente en la segunda mitad de la década de los 2000, fecha en que se crean las primeras Unidades de Salud de la Familia (USF), en territorios sociales definidos, a cargo de equipos multidisciplinarios integrados por médicos de familia, enfermeras, auxiliares de enfermería, obstetras, odontólogos, agentes comunitarios y personal polivalente, respaldados por planes, normas y manuales de funciones, en el contexto de un gobierno de alternancia.

Se dio curso a una reorientación política, y conceptual de la estrategia de APS, en torno a un rediseño estructural y normativo, creando la Dirección General de Atención Primaria de Salud, como instancia de coordinación rectora, y equipos gerenciales responsables de reorganizar el primer nivel de atención, muy cerca de las comunidades, explicitando el enfoque de derechos y el respeto a la interculturalidad, en los diferentes contextos sociales, identificando líneas estratégicas para incidir sobre determinantes y condicionantes sociales, de mayor impacto local, para mejorar la calidad de vida y salud de personas, familias y comunidades⁽¹⁾.

Los nuevos marcos normativos aprobados y establecidos, basados en principios y valores, reorientaron el Sistema de Salud vigente, hacia un “Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de la Salud”⁽⁷⁾, fortalecida desde la perspectiva de la norma escrita. La renovación y ampliación de conceptos, y la formulación de nuevos marcos legales de implementación, además de la identificación y análisis de conflictos y problemas específicos, fueron generando nuevas discusiones, abordajes y ajustes, primordialmente en torno al financiamiento sostenible para su operacionalización efectiva.

Normativas para el desarrollo de la estrategia de APS, 1978 - 2008.

Los hallazgos de marcos normativos y legales, en orden cronológico, partiendo de la Constitución Nacional, Decretos y Resoluciones, formulados durante el periodo analizado desde Alma Ata 1978 – 2008, se registran en la Tabla 1.

“Se pudo observar que, considerando el rango de Ley, conforme a la prelación de leyes, entre 1978 a 1990, no se registra del término Estrategia de Atención Primaria de Salud” (Gerente de Salud, experto).

Este hallazgo, evidencia las limitaciones legales de la época, estimándose que la débil adherencia y ausencia de claras y sostenidas líneas de política, reflejan insuficiente comprensión y conocimiento de todas las dimensiones que proyectaba la estrategia, como Política de Estado. Las resoluciones disponibles emitidas y analizadas, demuestran la aplicación limitada y focalizada de la misma, reflejadas en la atención a determinadas especialidades o patologías prevalentes, en el marco de proyectos con ciclos de vida cortos, financiados por organismos internacionales, (GTZ, JICA, BID, Banco Mundial) ^(8,9).

“Tras 18 años transcurridos desde Alma Ata, aparece la primera Ley, que refleja las dimensiones organizacionales necesarias para insertar en una estructura legal, la estrategia de APS de alcance universal” (Experto).

Otros factores que contribuyeron al retraso de implementación de la Estrategia de APS, post Alma Ata. Los alcances conceptuales y dimensiones de la APS no fueron suficientemente debatidos y comprendidos, por decisores y equipos técnicos de la época. Esta situación pudo relacionarse con gobiernos autocráticos vigentes aun en las primeras décadas post Alma Ata, que influyeron en la no expresión taxativa de la Estrategia de APS en la Ley.

“En la década de 1980, se han identificado iniciativas limitadas a acciones focalizadas y temporales, concebidas para atender a las principales enfermedades prevalentes, a través de proyectos e intervenciones puntuales, orientados por organismos regionales que ejercían la rectoría sanitaria”. (Decisor y experto de la época)

Sesgo en la concepción técnica, política y filosófica de la estrategia de APS.

En los años 70 y 80, predominaban regímenes de gobierno militarizados, caracterizados por la restricción de libertades, que colisionaban con los cambios de paradigma propuestos, la necesidad de desarrollar procesos de concienciación, y promoción de acciones organizadas, con participación de las comunidades, como nuevas modalidades de promover la salud pública, además de instalar un estilo diferente al modelo de medicina de la época.

“De la misma forma, se interpretaban los procesos de concienciación y movilización que acompañaban a la implementación del modelo de APS, como revolucionario... En las décadas post Alma Ata, en Paraguay no era aceptada ninguna idea proveniente de países socialistas o comunistas...

relacionando el término “Social”, con estas ideologías... atendiendo que la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, fue realizada en Kazajistán, en ese entonces integrante de la URSS,” (Investigadora).

“...el paciente iba al hospital, el necesitado de cura recurría al médico y, ahora se planteaba que los equipos de salud tenían que salir a la comunidad”. (Trabajador de Salud y Gerente)

Restricciones de comprensión del alcance conceptual y normativo de la APS

Los actores políticos de la época no lograron dimensionar los potenciales alcances y proyección del estado de bienestar y salud de las poblaciones, a través de la adecuación de estrategias locales.

“...Sin duda fue insuficiente el debate sanitario sobre la APS, desde el punto de vista jurídico, y su vinculación a los aspectos sociales, políticos y financieros...” (Entrevistado E)

La asimetría de interpretación del término Atención Primaria de Salud, repercutió en la comprensión de sus verdaderos alcances, en relación a la atención precoz de la enfermedad, desde sus hogares y comunidades, promoviendo la interacción activa de las personas, y sus familias en la organización social de su comunidad.

La adherencia limitada a la estrategia de APS, no solo fue a niveles nacionales, sino a nivel mundial, donde las limitaciones de interpretación, difusión y adecuación cultural tardó más en países en desarrollo, fortalecidas posteriormente con la APS renovada, visibilizadas en debates, publicaciones, e intercambio de experiencias locales y regionales, socializadas en reuniones y declaraciones de alcance mundial.

“...La APS se interpretaba como una atención básica dentro de la red hospitalaria, sin atribuírsele el alcance estratégico de la propuesta de un nuevo modelo de gestión, organización con enfoque de equidad, sin el énfasis necesario para la atención a las familias, cerca de sus lugares de residencia, para atender sus necesidades más urgentes.” (Experto)

“...en 1986, en la carta de Ottawa, se interpretó acertadamente los objetivos de la epidemiología social, impulsados por movimientos de salud colectiva, centrados en la promoción de la salud...logrando robustecer los marcos conceptuales y alcanzar consensos internacionales, que lograron impulsar líneas de práctica en Atención Primaria de la Salud...” (Entrevistado F)

Los diferentes actores entrevistados, atribuyeron a la ausencia de Leyes y normativas, una de las principales razones, de las brechas de comprensión conceptual de la estrategia de APS, aunque se han identificado proyectos, desarrollados en determinados departamentos y comunidades en Paraguay, con financiamiento extranjero, que han obtenido resultados exitosos, aunque no fueron replicados en otras regiones del país.

“...el Sistema Nacional de Información en Salud de la época, presentaba limitaciones, sobre todo en los procesos

de recolección, análisis y utilización de la información para la construcción de indicadores de manera sistemática, que contribuyeran efectivamente, como instrumentos para la definición de prioridades, y formulación de planes y líneas de política específicas, considerándose una de las razones por la que se optaba por la ejecución de proyectos, con ciclos de vida limitados, además de las razones económicas.”⁽¹⁶⁾

Aplicación focalizada o aislada de Estrategias de APS.

“...El modelo organizacional del Ministerio de Salud, en los ochenta, se caracterizó por la apertura de centros y puestos de salud, en las diferentes regiones sanitarias, logrando el desarrollo sostenido de algunas estrategias sostenidas, como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, la prevención del déficit de yodo en escolares, la yodación de la sal de consumo humano, la lucha contra el paludismo (SENEPA), la fumigación de viviendas y la educación sanitaria en las escuelas” (Exviceministro de Salud).

“...ya en décadas anteriores a la declaración de Alma Ata, se fue ampliando la provisión y disponibilidad de agua potable (CORPOSANA y SENASA), la atención preferencial materna e infantil, la atención de las enfermedades inmunoprevenibles; y el desarrollo de proyectos para incrementar el acceso a medicamentos esenciales para patologías prevalentes y de riesgo como paludismo y leishmaniasis”. (Experto C).

“...La mayoría de los países latinoamericanos, optó por el modelo de APS selectiva, desarrollo de programas costo-efectivos, y atención preferencial de grupos poblacionales más desprotegidos, reconociendo las limitaciones para la sostenibilidad financiera, sin dejar de reconocer el derecho universal a la salud de todas las poblaciones...” (Entrevistado D)

“...Otros programas trazadores de alto impacto, fueron la prevención y tratamiento de la tuberculosis, lepra, y leishmaniasis, que requirieron grandes esfuerzos para su sostenibilidad...” (Entrevistado E)

Varios actores clave entrevistados coincidieron que la estrategia de APS, fue positivamente desarrollada a través de planes, programas y proyectos, en torno a determinadas patologías prevalentes agudas y crónicas, lográndose la implantación y desarrollo actual del modelo, enfocado en la atención integral de las personas según ciclo de vida.

Posible sesgo ideológico

“...Durante la dictadura, todo lo referente a intervenciones comunitarias y participativas tenían la impronta de actividad comunista, estaba mal vista y era prohibida, sin considerar conceptos e interpretaciones ya reconocidos e implementados en el resto del mundo...” (Entrevistado F)

Los gobiernos autocráticos, muchos de ellos militarizados, resistían las propuestas de participación ciudadana o participación social, viéndose limitadas las reuniones y la participación de las personas, evitando plasmar las nuevas propuestas.

“...Se puede afirmar que existió un fuerte sesgo ideológico, a nivel país y a nivel regional, que retrasó la visión y concepción más integral del modelo, reconociéndose que, durante las primeras etapas de implementación, la interpretación fue restringida, debido a procesos políticos e institucionales...” (Entrevistado D)

Desde el punto de vista geopolítico, la vigencia de la guerra fría, la instalación de un orden mundial, las tensiones entre países occidentales y países que defendían el comunismo, mantenían la desconfianza política, por sobre los argumentos técnico-sanitarios, limitando la interpretación original inicial de las ideas relacionadas a la Estrategia de APS.

“...La verdadera interpretación de la estrategia de APS, se desdibujó en contextos de desconocimiento, desinformación y posible sesgo ideológico, que incidieron en el retraso de formulación de normativas claras post Alma Ata...” (Entrevistado G)

“...Otro aspecto relevante, fue en la época, las dificultades de convocatoria, de actores para planificar y hacer abogacía hacia problemas de salud específicos, limitadas a comisiones de salud benéficas, en la década de los 80, orientadas a aportar recursos para mejorar infraestructuras de hospitales, centros de salud o puestos de salud, interpretado como los primeros pasos de participación comunitaria.” (Entrevistado C)

“...Los modelos más exitosos, se han logrado en Cuba, otros países socialistas y en igual grado experiencias exitosas provienen de países desarrollados como Japón, Canadá, y Gran Bretaña, demostrando que la estrategia de APS, funciona en todos los escenarios, lo cual no fue comprendida por algunos gobiernos en las primeras etapas de su instalación...” Entrevistado E

“...Algunos afirman que la participación social, y la organización comunitaria, se contraponía a los discursos totalitaristas de la época, que interpretaban como amenaza la solicitud de ejercer el derecho a la salud...” Entrevistado F

Ausencia de la APS en el currículo de escuelas formadoras en salud en las primeras décadas post Alma Ata.

“...En las escuelas de Medicina del Paraguay, hasta la fecha la Atención Primaria de Salud, no tiene la fuerza política estratégica lograda en otros países...” (Entrevistado A)

Se considera un componente substantivo, el delineamiento del perfil de profesionales que se precisan para integrar los equipos de las unidades de salud de la familia, y su formación conceptual, metodológica y práctica, que identifique claramente, las competencias generales, transversales y específicas necesarias para sustentar la práctica profesional del médico de familia y otras disciplinas, requerida para el desempeño de los equipos de salud familiar^(24,25).

“...En la década de los 70, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, era el único centro formador y no se difundía la estrategia de APS, ni los principios debatidos en Alma Ata, predominando la docencia e investigación clínica, orientada al diagnóstico y tratamiento de enfermedades...” (Entrevistado B)

Tabla 1. Análisis de la legislación existente sobre APS – 1978 / 2008.

ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN EXISTENTE SOBRE APS – 1978 / 2008	DIMENSIONES					DIMENSION: TIPO DE LEGISLACION, Constitución, Tratados y Acuerdos Internacionales, Ley, Decretos, Resoluciones, Normativas de menor jerarquía
SUBDIMENSIONES	AÑO	RESUMEN	ÁREA QUE AFECTA	OBSERVACIONES/REFLEXIONES		
Resolución S.G. N° 47 ⁽¹⁰⁾	1977	Por la cual se integra una Comisión sobre Extensión de la cobertura de los servicios de salud, atención primaria y la participación de la comunidad.		La comisión era responsable de analizar la situación sanitaria y diseñar acciones e intervenciones		
Declaración de Alma Ata ⁽¹¹⁾	1978	Se reconoce la APS como la clave para lograr el objetivo de justicia social del desarrollo. "Se la concibe como atención sanitaria esencial, basada en práctica, evidencia científica, metodologías y tecnologías socialmente aceptables, accesibles universalmente para los individuos, las familias y las comunidades a través de su completa participación, y a un coste que el Estado pueda soportar, en el marco del desarrollo, y el espíritu de auto dependencia y autodeterminación.	Técnico-Normativa	La APS entra a formar parte del eje central del sistema de salud para todos los gobiernos. Para lograrlo, es necesario ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos		
Resolución S.G. N.º 55 ⁽¹²⁾	1978	Por la cual se aprueba la definición del Colaborador Voluntario de Salud y las normas de sus funciones.	Operativa	Se incluyen, roles y funciones del Colaborador Voluntario... promoción, participación comunitaria, referencia entre centros, según complejidad necesaria		
Ley N° 680 Código Sanitario ⁽⁴⁾	1980	Art. 10. - El cuidado de la salud...: α. En relación con las personas, las acciones integrales y coordinadas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación del estado de bienestar físico, mental y social";	Normativa	Promoción y Prevención: el concepto de promoción no se encuentra desarrollado desde el inicio, sino focalizado en algunos capítulos a determinadas patologías o temas.		
Resolución S.G. N° 173 ⁽¹³⁾	1987	... autoriza ... Programa de Atención Primaria de Salud Ocular, designa coordinadores y Grupo Asesor Multidisciplinario.	Operativa	Un enfoque operativo focalizado a salud ocular en algunas localidades del interior		

Fuente: Elaboración propia. Tesis de Maestría en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Ortiz, G. 2022

Tabla 1. Análisis de la legislación existente sobre APS – 1978 / 2008. (Continuación)

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	AÑO	RESUMEN	AREA QUE AFECTA	OBSERVACIONES/REFLEXIONES
Constitución Nacional ⁽¹⁴⁾	Art. 6, 7, 57, 58, 61, 68, 69, 70.	1992	<p>Artículo 68 - DEL DERECHO A LA SALUD: 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.</p> <p>Artículo 70 - DEL RÉGIMEN DE BIENESTAR SOCIAL La ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria.</p>	Normativa	Solo el artículo 70 menciona, el componente “participación”, aunque hay varios artículos relacionados directamente con los determinantes sociales de la salud pública
Leyes/ Resoluciones	Resolución S.G. N° 618 ⁽¹⁵⁾	1992	...se autoriza la realización de Cursos de Capacitación y Actualización en Atención Primaria, para Profesionales de la Salud Bucal de la XVI Regiones Sanitarias del País.	Operativa	Capacitación para profesionales de salud bucal de todas las Regiones Sanitarias
Leyes/ Resoluciones	Resolución S.G. N° 40 ⁽¹⁶⁾	1994	...se integra la Comisión Interinstitucional del Proyecto de Atención Primaria en Areas Rurales ... organismo técnico multidisciplinario, responsable de la formulación, desarrollo y evaluación del proyecto de referencia.	Operativa	Proyecto de APS localizado en un Región Sanitaria
LEY N° 1.032 Que crea el Sistema Nacional de Salud ⁽⁵⁾	Artículo 8° inciso f) de la Ley N° 1.032 del año 1996	1996	“...El Sistema da plena vigencia al derecho a la salud mediante, la extensión de cobertura, facilitando la accesibilidad, eficiencia y calidad, sin discriminación para lo cual implementa: f) Estrategias y programas de atención primaria de la salud, como base fundamental de extensión de cobertura a toda la población urbano/rural.”	Normativa	La frase Atención Primaria de la Salud aparece por primera vez en una normativa con rango de ley en Paraguay, en el año 1996,

Fuente: Elaboración propia. Tesis de Maestría en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Ortiz, G. 2022

Tabla 1. Análisis de la legislación existente sobre APS – 1978 / 2008. (Continuación).

ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN EXISTENTE SOBRE APS – 1978 2008	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	AÑO	RESUMEN	ÁREA QUE AFECTA	OBSERVACIONES/ REFLEXIONES
DIMENSION: TIPO DE LEGISLACION, Constitución, Tratados y Acuerdos Internacionales, Ley, Decretos, Resoluciones, Normativas de menor jerarquía	Leyes/ Resoluciones	Resolución N° 21.376/1998 ⁽¹⁷⁾	1998	...Nueva Organización Funcional del MSPBS, desarrollo del Sistema Nacional de Salud y la función rectoral de la Institución...salud humana... ambiental... bienestar social. Art. 17° ...desarrollo de Sistemas Locales de Salud (SILOS), organización político-administrativa, población definida...recursos compartidos con la comunidad, desarrollo integral de programas y acciones de salud... Art. 20° ... Ministro de Salud Pública y Bienestar Social: Participa en la formulación de la política de asentamientos humanos para incorporar estrategias de atención primaria y normas sanitarias, para el logro de una comunidad saludable Art. 51° - El MSPBS propicia a nivel sectorial, la formulación de un Plan Básico de Salud que articule los diversos recursos para afianzar la estrategia de la atención primaria en la búsqueda de la cobertura total, con equidad y calidad de la atención a la población.	Operativa Administrativa	“... El MSPBS asume funciones normativas, reguladoras, coordinadoras, de control y dirección, innova su diseño organizacional, en consonancia con la nueva misión (descentralización, equidad en la oferta de servicios, eficiencia en la gestión y participación ciudadana...” - No menciona explícitamente el desarrollo de la APS. - Deficitarios procesos de recolección de datos, análisis y uso de información para la definición de prioridades, planes y políticas...
		Ley 3007/2006, Descentralización y sus reglamentaciones ⁽¹⁸⁾	2006	Art. 2. Los Consejos Regionales y Locales de Salud están facultados a percibir, administrar y disponer de los recursos mencionados en el artículo anterior, debiendo preverse en el estatuto social o reglamento de cada Consejo Regional y Local de Salud, un procedimiento especial para la percepción, uso, registro y rendición de cuentas de sus ingresos y egresos, los que únicamente podrán estar destinados al funcionamiento de los mencionados centros asistenciales, a inversiones de capital en los mismos, contratación de recursos humanos y desarrollo de programas de salud pública en el municipio correspondiente.	Operativa Administrativa	Vincula el enfoque de derechos en salud con participación comunitaria y corresponsabilidad para implementación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados a la salud y sus determinantes, y la creación de fondos de equidad y descentralización

Fuente: Elaboración propia. Tesis de Maestría en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Ortiz, G. 2022

Tabla 1. Análisis de la legislación existente sobre APS – 1978 / 2008. (Continuación).

ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN EXISTENTE SOBRE APS – 1978 2008		DIMENSION: TIPO DE LEGISLACION, Constitución, Tratados y Acuerdos Internacionales, Ley, Decretos, Resoluciones, Normativas de menor jerarquía		DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	AÑO	RESUMEN	AREA QUE AFECTA	OBSERVACIONES/REFLEXIONES
Resolución SG N° 101 (3)	2008	Por la cual se crea la Dirección General de Atención Primaria en Salud, en la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.		Operativa y Administrativa	Esta normativa crea la estructura y aprueba las funciones principales para impulsar la Estrategia de APS en el MSPyBS.	Operativa y Administrativa	Esta normativa crea la estructura y aprueba las funciones principales para impulsar la Estrategia de APS en el MSPyBS.	Operativa y Administrativa	Esta normativa crea la estructura y aprueba las funciones principales para impulsar la Estrategia de APS en el MSPyBS.
		Aprueba la guía de implementación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Aborda la salud en su entorno ambiental, socioeconómico y cultural, los determinantes sociales de salud							
Decreto N° 4541/Política Nacional de Salud 2015-2030 (20)		Estrategia 2: Fortalecimiento de la atención primaria de la salud articulada en redes integradas e integrales		Operativa y Administrativa	Se declaran las líneas de política, se orienta a fortalecer la gobernanza, gestión, y atención integral e integrada en los servicios, con enfoque en los DSS	Operativa y Administrativa	Se declaran las líneas de política, se orienta a fortalecer la gobernanza, gestión, y atención integral e integrada en los servicios, con enfoque en los DSS	Operativa y Administrativa	
Manual de Funciones de la APS (21)		Discrimina la estrategia para el abordaje integral de personas, familias y comunidades en el nivel local,							Operativa
Manual de Organización de los Servicios de Salud en el marco de las RIISS Paraguay (2)		Sistematiza los roles a desempeñar según relación jerárquica y funcional, en los diferentes niveles de atención		Operativa	Orienta un abordaje macro, meso y micro, para la fuerza de trabajo interdisciplinario	Operativa	Orienta un abordaje macro, meso y micro, para la fuerza de trabajo interdisciplinario	Operativa	
Cartera de Servicios por Curso de vida y Niveles de Atención y Complejidad (22)		Instrumento de gestión que orienta procesos organizacionales, estableciendo el nivel de las unidades efectoras, según niveles clínicos o asistenciales, preventivos, de apoyo, categorizadas y acreditadas por la Superintendencia de Salud y la Dirección General de Establecimientos del MSPyBS.							Operativa y Administrativa

Fuente: Elaboración propia. Tesis de Maestría en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. Ortiz, G. 2022

La ausencia de consensos en las primeras décadas, retraso el delineamiento del perfil profesional del egresado en medicina familiar, la definición clara de objetivos y contenidos curriculares, que requerían la construcción de un marco conceptual, metodológico y práctico, aplicables en la meso estructura social junto a las familias ⁽²⁶⁻³⁰⁾.

De las 800 Unidades de Salud Familiar activas en Paraguay, que representan una cobertura de alrededor del 32% de la población total del país, se estima que más del 80 % de USF cuentan con médicos, de los cuales solo alrededor del 15 % tienen la especialidad de Medicina familia.

“...el desafío sigue siendo la formación de los equipos de salud familiar, incrementar la inversión de parte del Estado, para brindar a los médicos jóvenes esta especialización, orientada a que, tras la residencia, el médico de familia tenga la capacidad de resolver el 85 % de los problemas de salud normalmente se presentan en las comunidades... “...Actualmente se desarrolla un proyecto, denominado “formación Estratégica de Especialistas en Medicina Familiar...”, (Entrevistado G).

Actualmente, el objetivo primordial se orienta a la formación de 1200 especialistas por concurso, seleccionando 50 médicos de las USF que no cuentan con la especialidad, para formarlos, incorporando 150 plazas anuales adicionales, con el respaldo del Consejo Nacional de Residencias Medicas (CONAREM). En este contexto, se han adherido a más de 25 Unidades Formadoras para especializar a 200 nuevos médicos familiares cada año, en la modalidad de residencias médicas, en Hospitales Escuela del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, coordinados por especialistas en Medicina Familiar, bajo la rectoría del Instituto Nacional de Salud (INS). Los hospitales escuela, ejercerán a su vez como hospitales cabecera de las Micro Redes de Unidades de Salud Familiar dentro del área geográfica correspondiente.

“...Uno de los factores más limitantes ha sido, el modelo de formación de los profesionales de la salud, médico céntrico, que privilegiaba las áreas clínicas, sin profundidad en los campos sociales de la salud con sus respectivas...”

“En los inicios, ha faltado espacios de dialogo, foros de discusión, articulación de saberes y enfoques, e incentivos para incorporar plenamente los conceptos y enfoques políticos, socioculturales, filosóficos, de la APS para incorporar nuevos contenidos en la malla curricular general...” (Entrevistado E)

No se logró generar en los inicios, el debate sobre los modelos de atención primaria y salud pública desde las universidades para la formación de médicos de familia, entendiendo que en la época de los 70 y 80, existían restricciones por el tipo de gobierno de la época.

DISCUSIÓN

La evidencia, ha demostrado la interrogante inicial del estudio, acerca del retraso en la redacción taxativa de leyes, en las primeras décadas post Alma Ata, demostrando la relación directa del respaldo e impulso que genera la ley escrita, en la implementación de nuevas políticas sanitarias.

Paraguay, no participo en la Conferencia de Alma Ata, realizada en Kazajistán en 1978. Tras la revisión exhaustiva de legislaciones sanitarias de la época, y la evolución de la estrategia de APS en el mundo, se atribuyó al retraso de formulación de marcos jurídicos, la lentitud de apropiación, comprensión, adaptación e implementación de la estrategia de APS en Paraguay, post Alma Ata ⁽³¹⁾.

La interpretación limitada de los alcances transformadores de la APS, relativizaron su verdadero potencial, así como el empoderamiento esperado de decisores, gerentes, equipos técnicos sanitarios, actores políticos y sociales, familias y comunidades ⁽³²⁾.

El cambio de paradigma, y el modelo de atención, requirió una conceptualización clara y la definición precoz, de marcos legales y jurídicos con rango de LEY, en ese momento de la historia y su traducción posterior en POLITICA DE ESTADO.

Se han analizado, las variables y factores que podrían explicar, la ausencia de la Estrategia de APS en la Ley, en las primeras dos décadas post Alma Ata, concluyendo que esta, no fue impulsada por los organismos rectores de la salud a nivel global, regional y local, atribuido a la sesgada interpretación más política que técnica, afectando uno de los principales objetivos, el de empoderar a la población sobre su salud y su entorno.

CONCLUSION

Se han identificado diferentes factores que han influido en el retraso de ejecución de la estrategia de APS como Política de Estado en Paraguay en las décadas 1978 - 2008, entre ellas, la ausencia de normas con rango de Ley que oficializara su implementación; así también la comprensión limitada de los marcos conceptuales de la estrategia; el sesgo ideológico atribuidos al perfil autoritario de los gobiernos de la época; la opción por intervenciones focalizadas para atender determinadas enfermedades prevalentes, financiadas por organismos internacionales; la ausencia en las mallas curriculares del tema APS y escasos espacios de debate sobre el cambio de paradigma en instituciones formadoras.

Pese a la no expresión taxativa de la APS en leyes, decretos y resoluciones, se logró el reconocimiento de sus potencialidades, creciente adhesión, empoderamiento y aplicación de sus principios, la ampliación conceptual, y el protagonismo de las familias y comunidades, ampliándose la investigación, la producción científica y la articulación de la clase política con los actores técnicos multidisciplinarios.

Pero este reconocimiento se da 30 años después de la Declaración de Alma Ata (1978 - 2008), teniendo en medio a las demás declaraciones que marcaron hitos en la salud pública, en cuanto a promoción de la salud se refiere. Desde 1978 hasta 1996, transcurren 18 años para que aparezca tímidamente el termino Atención Primaria de la Salud en la Ley 1.032, que crea el Sistema Nacional de Salud. Y desde 1996 hasta el 2008 pasan nuevamente 12 años para su implementación efectiva (ver figura 1), aplicando el concepto amplio de la distribución geográfica por todo el territorio de las USF y los Equipos de Salud de la Familia (ESF), bajo los pilares de la promoción y prevención de la salud. o de las USF y los Equipos de Salud de la Familia (ESF), bajo los pilares de la promoción y prevención de la salud.

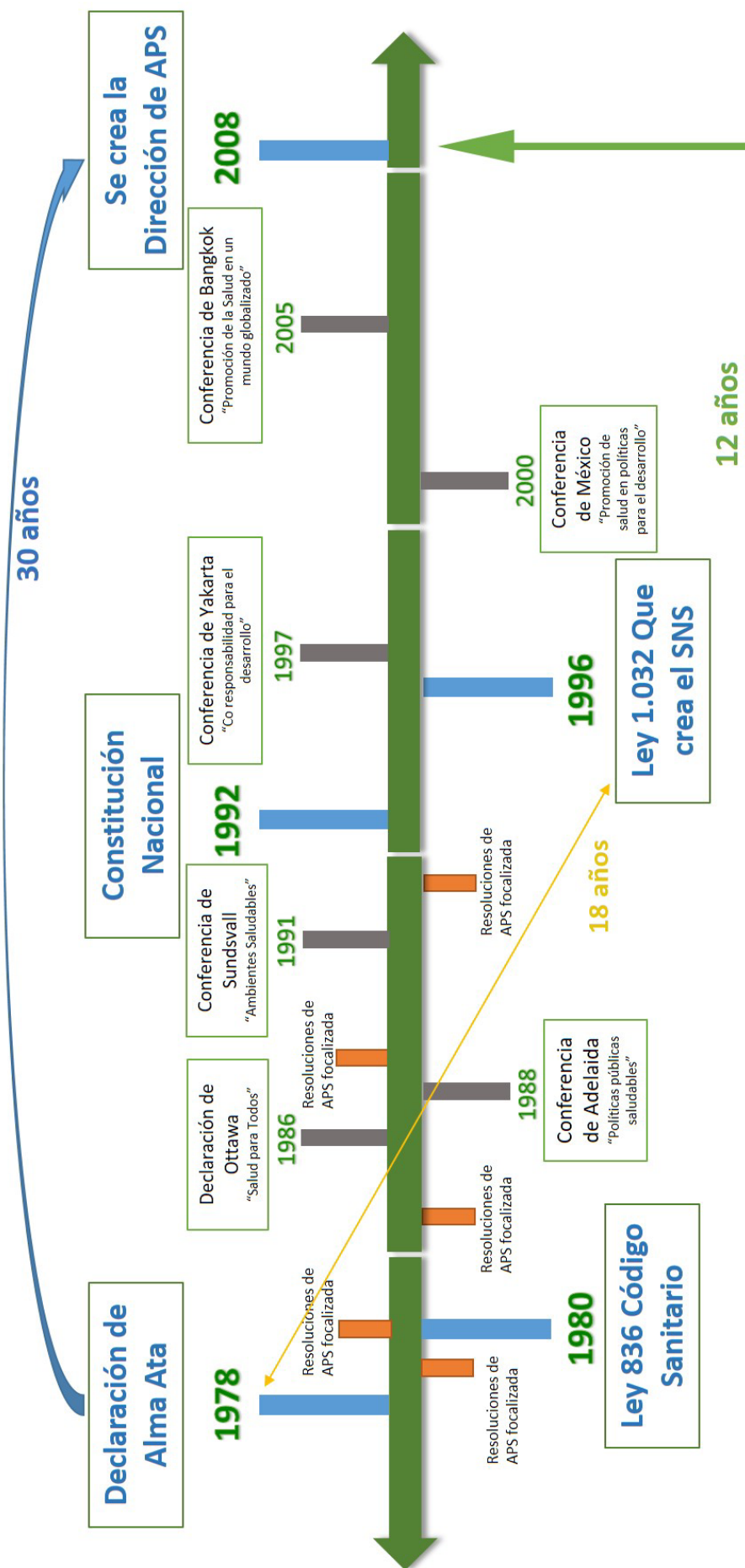


Figura 1. Línea de tiempo entre la declaración de alma ata y la implementación de APS en Paraguay.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores: Todos los autores han contribuido por igual en el desarrollo del artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Mancuello Alum JN, Cabral de Bejarano MS. Sistema de Salud de Paraguay. Rev Salud Pública Parag. 2011;1(1):13-25.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIISS. Paraguay-Asunción: OPS/OMS. 2019. 136 p.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. N° 101 " Por la cual se crea la Dirección General de Atención Primaria en Salud, en dependencia de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social". 17 set 2008.
- Congreso Nacional Paraguayo. Ley N° 836: de Código Sanitario. 4 ene 1980 p. 43.
- Congreso Nacional Paraguayo. Ley N° 1032 Que crea el Sistema Nacional de Salud. nov 27, 1996 p. 9.
- Tejada de Rivero DA. La historia de la Conferencia de AlmaAta. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. julio de 2018;64(3):361-6.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Política Nacional de Salud 2015 - 2030 Paraguay-Asunción: OPS/OMS. 2015. 44 p.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - Agencia de Cooperación Internacional del Japón. Evaluación final del proyecto de fortalecimiento de la salud comunitaria en áreas rurales 1999.
- Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud - UNA. Atención Primaria de Salud. 20th ed. Misiones y Ñeembucú: Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Asunción; 1992.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. N° 47 "Por el cual se integra una Comisión sobre Extensión de la cobertura de los servicios de Salud, atención primaria y la participación de la comunidad". 1977..
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. In Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978; 1978; Alma Ata. p. 1- 2.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. N° 55 "Por la cual se aprueba la definición del Colaborador Voluntario de Salud y las normas de sus funciones". 1978..
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. N° 173 "Por la cual se autoriza la realización del Programa de Atención Primaria de Salud Ocular y se designan responsables de la ejecución del mismo". 1987.
- República del Paraguay. Constitución Nacional de la República del Paraguay. 1992.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. N° 618 "Por la cual se autoriza la realización de un Curso de Capacitación y Actualización en Atención Primaria, para Profesionales de la Salud Bucal de la XVI Regiones Sanitarias del País". 1992.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. N° 40, "Por la cual se integra la Comisión Interinstitucional del Proyecto de Atención Primaria en Áreas Rurales como organismo técnico multidisciplinario, responsable de la formulación, desarrollo y evaluación del proyecto de referencia". 1994.
- República del Paraguay - Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Decreto N° 21.376 "Por el cual se establece la nueva Organización Funcional del Ministerio de Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 1998.
- República del Paraguay. Ley N° 3007 "Que modifica y amplía la Ley N° 1032/96 "Que crea el Sistema Nacional de Salud"". 1996.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de implementación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). 2015.
- República del Paraguay. Por el cual se aprueba la Política Nacional de Salud 2015-2030. 2015.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución S.G. N° 15 Por la cual se aprueba el Manual de Funciones de las Unidades de Salud de la Familia. 2016.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Cartera de Servicios por Curso de vida y niveles de Atención y Complejidad. 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. Tercera Evaluación de la Aplicación de la Estrategia "Salud para todos" en el Año 2000. Washington, D.C. 1997.
- Varela Rueda CE. La especialización en Medicina Familiar en México. Bol Med IMSS. 1972;14(7):205-10.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencias. Programa de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. 2005
- Díaz Barriga F, Lule M, Rojas S, Saad S. Metodología de Diseño Curricular para la Educación Superior. México. Trillas. 1990. 59 p.
- Díaz-Barriga Arceo F. Reformas curriculares y cambio sistémico: una articulación ausente pero necesaria para la innovación. Revista iberoamericana de educación superior. 2012;3(7):23-40.
- Hawes G, Corvalán O. Construcción de un perfil profesional. IIIDE, Proyecto Mecsup Tal 0101. Talca. 2005.
- Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Díez Espino J, Fernández Sánchez C, Foz i Gil G, Granados Menéndez MI, et al. Perfil profesional del médico de familia. Aten Primaria. 15 de marzo de 1999;23(4):236-45.
- Gómez Clavelina FJF, Leyva González FA. Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. Investigación en educación médica. 2018;7(26):24-34.
- Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? Lancet. 2008;372(9642):950-61.
- República del Paraguay. Decreto N° 20.553 Por el cual se reglamentan los artículos 31° y 33° de la Ley N° 1032/96, que establecen la Superintendencia de Salud, como organismo técnico de control y supervisión del Sistema Nacional de Salud. 1998.