

REPUBLICA DEL PARAGUAY  
Marzo de 2000

**LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL  
PROCESO DE DESCONCENTRACIÓN/  
DESCENTRALIZACIÓN DEL  
SECTOR SALUD PÚBLICA**

Elaborado por:

Ma. Victoria Rojas  
Email [vwickzen@sce.cnc.una.py](mailto:vwickzen@sce.cnc.una.py)

## CONTENIDO

- A. PRESENTACIÓN
- B. EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN PARAGUAY
- C. DESCENTRALIZACION Y PARTICIPACIÓN EN EL SECTOR SALUD
  - C.1. Evolución Histórica del Proceso de Descentralización en el Sector Salud
  - C.2. Características resaltantes de la ley 1032/96 desde el punto de vista de la promoción de la democracia y de la participación civil.
  - C.3. Otras consideraciones acerca del sector salud
- D. El Comportamiento Ciudadano y Gubernamental después de la Promulgación de la Ley 1032/96
  - D. 1. Lectura del Comportamiento Ciudadano Representado en los Consejos de Salud
    - D.1.1. Obstáculos encontrados
    - D.1. 2. Logros
- Conclusión
- F. LO NECESARIO PARA CONTINUAR EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL SECTOR SALUD
  - C.3. Otras consideraciones acerca del sector salud
  - D. El Comportamiento Ciudadano y Gubernamental después de la Promulgación de la Ley 1032/96
    - D. 1. Lectura del Comportamiento Ciudadano Representado en los Consejos de Salud
      - D.1.1. Obstáculos encontrados
      - D.1. 2. Logros
  - Conclusión
- F. LO NECESARIO PARA CONTINUAR EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL SECTOR SALUD

## **A. PRESENTACIÓN**

El análisis y descripción del proceso de descentralización del sector salud en el Paraguay constituye un verdadero desafío por dos motivos principales: primero la aparición de aspectos que emergen fuera de un contexto intersectorial nacional y, segundo, la velocidad de ocurrencia de los fenómenos que afectan a todos los protagonistas.

Además de los motivos enunciados, el análisis de este proceso requiere un seguimiento vivencial debido a la escasa documentación formalizada disponible. Es decir, para realmente conocer qué está sucediendo o qué ha sucedido en descentralización en el Paraguay, la mejor vía es “haber estado allí” o conversado con los protagonistas.

Es por esto último que se espera que un fenómeno social, económico, político y tecnológico como lo es el de la descentralización del sector salud, y de otros sectores; cuente con soportes de datos, con registros de información y, finalmente con “historia escrita” y no simplemente la memoria colectiva.

Buscando fundamentación psicosocial a esta actitud, encontramos que parte del perfil del paraguayo es la asignación de escaso valor al registro tangible de los fenómenos que le toca vivir. El paraguayo es amante de la “cultura oral”.

Habiéndose dicho esto, a modo de explicación para las posibles subjetividades que sean planteadas en este documento a raíz de la escasez de datos formalizados, podemos decir que este análisis pretende encuadrarse dentro de tres grandes marcos referenciales: 1) las políticas generales de salud pública enunciadas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2) los principios de integración de sectores y organización de grupos, y 3) los aspectos clave de la participación comunitaria.

## **B- EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN PARAGUAY**

El proceso de democratización del Paraguay pasó por varias etapas, desde las primeras elecciones presidenciales libres en el año 1993 hasta nuestros días. Es recién en el año 1994 que nace una corriente de desconcentración de la gestión y del poder del nivel nacional de gobierno hacia los subnacionales. Esto, mas que como una intensión del Gobierno Central, aparece como un fenómeno espontáneo que acompaña la demanda de los, por primera vez, electos intendentes municipales y juntas municipales, poder ejecutivo y legislativo de los niveles locales de gobierno.

Estos representantes del poder local, con sus soportes legislativos, las Juntas Municipales, asumiendo su rol de administradores del poder local, reclaman al gobierno central su participación en el presupuesto nacional a través

de los impuestos generados en las comunidades y la distribución de ingresos de los municipios de mayor capacidad financiera.

Como resultado de este reclamo, el gobierno central concede o devuelve a los gobiernos locales la potestad para la captación y administración del impuesto a los bienes inmuebles lo cual otorga tangible jurisdicción geográfica y recursos económicos importantes a algunos municipios. A partir de entonces se clasifica a los gobiernos municipales en dos grandes grupos los de mayores y menores recursos, perteneciendo el 70% de ellos al segundo grupo.

Un sistema de subsidio solidario donde los municipios de mayores recursos asignan un porcentaje de sus propios ingresos para ser distribuido entre los de escasos recursos, confiere a la red intermunicipal un relacionamiento de compromiso y de dependencia, sucediendo, en algunos casos que el volumen asignado a modo de distribución de ingresos llega a ser mayor que la propia generación local.

Este tipo de situaciones, sumada a la corta experiencia gerencial y en el sector público, de la mayoría de los jóvenes intendentes, llevo a resultados financieros sorprendentes cuando estos culminaron su mandato a fines del año 1995. Las condiciones de endeudamiento público alcanzó valores de gran peso en la economía nacional. Incluso, en algunos casos la deuda de los municipios con el fisco superó el patrimonio de los municipios afectados.

Mientras tanto, en cumplimiento de la Constitución Nacional renovada en el año 1992, se crean las Gobernaciones Departamentales con roles difusos y jurisdicción no definida, sin potestad para generar ni recaudar recursos, por consiguiente financieramente dependientes de las asignaciones del Ministerio de Hacienda cuyas fuentes son 1) los recursos provenientes de los municipios y 2) los recursos derivados de impuestos como el del valor agregado (IVA) y otros.

Aunque existen propuestas para la creación de un impuesto en el nivel intermedio fundamentado en prestaciones o servicios de alcance departamental. Mientras tanto, en términos pragmáticos, las Gobernaciones son sostenidas por el Gobierno Central y los municipios de sus respectivos departamentos.

La Ley N° 426/94 Orgánica de los Gobiernos Departamentales, del año 1992 colisiona en varios aspectos con la Ley N° 1294/87 Orgánica Municipal. Tales desavenencias en la legislación, hasta el corriente año 2000 no han sido resueltas.

Esta situación, mas la autonomía y autarquía de los gobiernos municipales con su ejecutivo y legislativo electos en las propias comunidades, produce conflictos entre los dos niveles subnacionales de gobierno, a tal punto que en algunas regiones no existe diálogo entre los dos.

Como ente que acompaña el proceso, sin autoridad ejecutiva sobre el mismo, nace en el año 1995 la Comisión Nacional para la Descentralización a instancias de la Cámara de Diputados del Parlamento Nacional; concebida como ente evaluador de los anteproyectos del sector público para asegurar que los mismos armonicen con las tendencias actuales que acompañan el proceso de descentralización y posteriormente, cuando se definan políticas o exista regulación, asegurar que los proyectos se ajusten a ellas.

Con serias dificultades de funcionamiento en el inicio y buscando su espacio y reconocimiento entre las autoridades electas de los tres niveles de gobierno, nacional, departamental y distrital o municipal, a sugerencia del propio cuerpo legislativo, se reestructura, mediante Decreto del Poder Ejecutivo, pasando a ser presidido por el propio Ministro de Hacienda con una Secretaría Ejecutiva permanentemente localizada en el mismo Ministerio, lo que posibilitaría agilidad en la ejecución de acciones de descentralización fiscal y administrativa.

Esta Comisión ha desarrollado acciones de fortalecimiento de la capacidad de gestión financiera de los gobiernos subnacionales, por un lado, y por otro, generado grupos de discusión apoyados por expertos internacionales que ayudaron a evaluar el proceso de descentralización en sí y al mismo tiempo permitieron hacer un análisis comparativo del mismo con experiencias foráneas. Además, de una manera algo empírica, no sistematizada, ha rescatado las experiencias de los distintos sectores donde se presentan avances del proceso.

El Gobierno Nacional ha orientando recursos para la definición de un plan de desarrollo a nivel país dentro del proyecto de reforma del estado. Aunque ha sido deseado que el mismo incluyera un modelo de descentralización, o al menos la definición del rumbo que tendrá la delegación de la autoridad y el poder hasta hoy, en ciertos sectores centralizado; hasta la fecha, definiciones tales como quién será el receptor del poder descentralizado: ¿el municipio, el sector privado o un tercer grupo?, y ¿en qué rol desempeñarán cada uno de ellos? Constituyen preguntas sin respuesta para la ciudadanía y las propias autoridades.

Aunque el celo centralista de los exponentes del gobierno central; fenómeno natural que se presenta mientras que sean estos los depositarios de los recursos financieros y la fe pública en la administración de los mismos; dificulta la distribución del poder, existen muestras de la voluntad política de los exponentes del gobierno central que están, permanentemente, en la búsqueda de formas de fortalecer la capacidad administrativa de los posibles recipientes de los recursos.

Han existido, sin embargo, muestras fehacientes de actitud positiva hacia la transferencia del poder desde el nivel central a los niveles subnacionales, cuando se observan las disposiciones del gobierno Central que ha posibilitado a algunas gobernaciones la administración de la recaudación de impuestos como el IVA.

**Sin embargo, aunque la capacidad de manejo de herramientas técnicas en el nivel local sea limitada, fenómeno que se manifiesta con mayor fuerza en los gobiernos de**

localidades alejadas de la Capital y otras áreas metropolitanas, ya existe una clara conciencia de que el modelo de descentralización será definido luego de andar algunos pasos, probando rumbos y, quizá, aprendiendo en el “tratar y errar”.

## **C- DESCENTRALIZACION Y PARTICIPACIÓN EN EL SECTOR SALUD**

### **C.1. Evolución Histórica del Proceso de Descentralización en el Sector Salud**

La presencia del sector salud en las estructuras de gobierno y como sector de actividad social tiene larga data, mas, la revisión de la documentación disponible nos remite las primeras décadas del presente siglo donde arranca una estructura formal y definida que asume la responsabilidad estatal de velar por la salud de los pueblos.

Seguidamente, se presenta un relatorio de sucesos que constituyen hitos en el aspecto de desarrollo institucional tendiente hacia la delegación y la desconcentración sectorial y documenta el comportamiento gubernamental en la administración en salud pública.

- En 1915 la Ley 112 creó la Asistencia Pública Nacional y la Comisión Nacional de Asistencia y Bienestar Público que centraliza el sector público y privada de atención a la salud.
- En 1936 los Decretos Ley 2001/2 crearon el Ministerio de Salud Pública y aprobaron su Ley Orgánica.
- En 1940 se crean los primeros Distritos Sanitarios (Concepción, Encarnación, San Pedro, San Ignacio y Guairá) responsables exclusivamente de la prestación de servicios, la administración se mantiene centralizada en la Capital.
- En 1957 el Primer Plan Nacional de Salud las provisiones de los distritos sanitarios son formalmente incluidas y se definen los roles de los niveles regional y distrital y de los puestos de salud. Es relevante mencionar que por entonces, las Regiones Sanitarias podían recaudar y administrar cualquier contribución recaudada de la comunidad y poseían cierta autonomía en la administración del personal pudiendo contratar y transferirlos.
- En 1961 por Resolución Ministerial Nº 21 se establece las funciones de los Directores de Regiones Sanitarias, dándose un paso atrás al volver al nivel central la administración del personal.
- En 1980 se aprobó el Código Sanitario y el Ministerio de Salud adquiere un más amplio rol de gerenciar el sector salud. En el mismo se definen las funciones del Consejo Nacional de Salud “ .... como foro para la coordinación y

reconciliación interinstitucional y comunitaria....” y como canal para los planes nacional, regional y locales, programas y proyectos orientados hacia prioridades identificadas en varias áreas de actividades de salud.

- En 1982 la Resolución SG N° 131 redefine las funciones de los Directores Regionales y vuelve a permitirles la transferencia de personal dentro de la región y los habilita para elaborar borradores de presupuestos regionales.
- En 1982 la Resolución SG N° 53 de 1982 creó los Comités de Salud como medio de promover la participación comunitaria. Al mismo tiempo puso en relevancia la necesidad de mejor organización comunitaria.
- En 1989 el Decreto Ley N° 1024 creó el Consejo Nacional de Salud y en sus regulaciones guía las operaciones del mismo, y propone la conformación de consejos departamentales y distritales, aunque el *modus operandi* de los mismos no se define.<sup>1</sup>
- En 1994 la Resolución SG N° 91 reorganizó el Consejo Nacional de Salud. El mismo año, la Ley N° 426 Orgánica del Gobierno Departamental fue promulgada creando el Gobierno Departamental y, dentro de ellos las Secretarías de Salud.
- En 1995, el 20 de Diciembre, a convocatoria del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y como parte de las actividades de apoyo al proceso de descentralización del sector salud, financiado por la USAID, con la organización de Florida International University, entonces contratada por esta agencia; se reunieron los primeros Secretarios de Salud Departamentales, los Directores Regionales de Salud y numerosos Intendentes y, como resultante de un taller, rubricaron conjuntamente una Carta de Acuerdo multilateral en la cual se comprometen a seguir apoyando la causa de la descentralización como el medio de mejorar la calidad de vida de todos los habitantes de los respectivos departamentos y distritos.
- En el mismo mes de Diciembre del año 1995, la Carta de Acuerdo fue ratificada por el Congreso Nacional al ser aprobado el proyecto de ley que crea el Sistema Nacional de Salud. Este proyecto de ley establece los roles de los Consejos de Salud como extensiones descentralizadas del Consejo Nacional de Salud, en los niveles departamental y distrital.
- Durante el año 1996 este proyecto de ley permaneció dentro del Parlamento siendo rechazada por la Cámara de Senadores la aprobación o media sanción recibida de la Cámara de Diputados a la cual remitieron de vuelta los Senadores recibiendo como pronta respuesta una ratificación plena de los

---

<sup>1</sup> Se considera que este Decreto Ley 1024/89 plantea, aunque sea de una manera muy poco explícita, por primera vez en la historia del Gobierno Nacional del Paraguay, la inclusión del sector civil en la administración pública.

Diputados. El tratamiento posterior en la Cámara de Senadores fue postergado incurriendo en falta de carácter constitucional al no pronunciarse dentro del plazo establecido. Este recurso no es utilizado frecuentemente, mas en este caso, y sentando precedente de relevancia fue aplicado y el Poder Ejecutivo en la persona del **Presidente de la República rubrica y se promulga la Ley N° 1032/96 que Crea el Sistema Nacional de Salud el día 30 de diciembre de 1996.**

- El 18 de marzo de 1997 se emite el Decreto N° 16572 que conforma el Consejo Nacional de Salud de acuerdo con la directiva de la Ley 1032/96 que crea el Sistema Nacional de Salud.
- Desde la presentación del anteproyecto de ley al Parlamento hasta su promulgación, las Gobernaciones y Municipalidades, respondiendo al pedido del Ministerio de Salud y Bienestar Social han conformado consejos regionales y consejos locales de salud, constituyendo ellos, la primera expresión formal de participación social en la administración de la atención a la salud pública, y uno de los paradigmas en la historia nacional en términos de promoción de la democracia y fortalecimiento de los niveles locales.
- El 17 de febrero de 1998 se promulga el Decreto 19966 que reglamenta la descentralización territorial y la participación social en el sector salud. Este Decreto constituye una “revolución” en términos de descentralización y promoción del protagonismo de la sociedad civil. Además, por primera vez, desde el poder Ejecutivo se propone la transferencia formal de la administración de los servicios de salud locales del Ministerio de Salud, en el nivel distrital, a los gobiernos municipales. Dichos servicios, cuya jurisdicción territorial se limita a los municipios, corresponden a un nivel de atención primaria, y de hecho, por la escasez de recursos, no logran satisfacer mas que a un tercio de la demanda de atención. (esta respuesta a la demanda, no mayor de un tercio, se presenta también a nivel nacional).
- Posteriormente, se reglamenta, a través de Decreto el funcionamiento de la Superintendencia de Salud organismo rector del Sistema Nacional de Salud, creado mediante la Ley 1032/96.
- Desde la promulgación del Decreto 19966 hasta la fecha, cerca de diez gobiernos municipales, en compañía de sus respectivos consejos locales de salud firmaron Acuerdos de Gestión que implementan el Decreto, por estos Acuerdos de Gestión reciben los bienes patrimoniales, la autoridad por la administración de los recursos institucionales generados como resultado de la gestión y se autoriza la transferencia de las porciones presupuestarias que el Ministerio de Salud administra y le corresponden al servicio local. En estos acuerdos de gestión no se incluye, tal como lo manda el Decreto de referencia, la gestión administrativa del personal; es decir los funcionarios del Ministerio siguen perteneciendo al plantel del Poder Ejecutivo a través del Anexo de

Personal del Ministerio de Salud. Sin embargo, con posterioridad, esta exclusión ha sido salvada, en la gestión ministerial del año 1999.

- Al mismo tiempo que el Decreto 19966 viene siendo implementado y se efectiviza la descentralización desde el Ministerio de Salud (poder ejecutivo) hacia los gobiernos municipales (autónomos y autárquicos); el Ministerio de Salud con el Ministerio de Hacienda acuerdan decreto mediante, la realización de una investigación operativa que relaciona en forma directa a los gobiernos municipales con el Ministerio de Hacienda pasando el Ministerio de Salud a concentrar su autoridad en lo técnico de implementación de planes de salud pública y el Ministerio de Hacienda el referente administrativo financiero. Esta investigación operativa, ya en desarrollo antes de la promulgación del Decreto 19966 ha sido desarrollada en cuatro municipios correspondientes a dos departamentos. En el marco de este convenio, los Consejos de Salud se desempeñaron como veedores de la gestión de las municipalidades que recibían el patrimonio de los servicios de salud locales del Ministerio de Salud y la autoridad para la administración de los mismos en forma temporal.
- Dos proyectos del sector salud de importante gravitación en el quehacer de la atención a la salud pública y de peso en el presupuesto sectorial, contienen componentes que propician el proceso de descentralización. Son los proyectos de Salud Materno Infantil y de Atención Primaria Básica del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. El primero en ejecución desde el año 1997 y el segundo implementado desde 1998.
- La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América, que desde el año 1991 vienen brindando asistencia al sector, inicialmente a través del fortalecimiento institucional y desde finales del año 1995 , apartándose de lo institucional exclusivo del Ministerio, amplía el espectro de acción hacia el sector salud completo orientando su aporte al apoyo al proceso de descentralización, fortalecimiento de gobiernos locales y **promoción de la participación comunitaria en las acciones de salud pública.**
- Durante el último semestre de 1998 y el primer trimestre de 1999, se firmaron acuerdos entre gobiernos locales del Dpto. Central y el Ministerio de Salud, a los efectos de implementar lo establecido en el Decreto 19966 mediante el cual se autorizaba a descentralizar la administración de los servicios de salud y “permitía” la veeduría” de la sociedad civil a través de los consejos de salud. Durante la implementación de estos acuerdos, aunque no estaba establecido en disposiciones anteriores, las autoridades departamentales y municipales participaron en la selección del personal responsable de la administración de los servicios locales de salud.

## **C.2. Características resaltantes de la ley 1032/96 desde el punto de vista de la promoción de la democracia y de la participación civil.**

La Ley 1032/96 marca un hito en la historia de la democracia del Paraguay por varios motivos :

1. es la primera que convoca al sector público y privado a asumir la responsabilidad compartida por el tema de la salud pública,
2. es la primera que formaliza la co-gestión de la administración de servicios públicos por parte de diferentes instancias de los gobiernos subnacionales,
3. es la primera que, explícitamente, congrega a los poderes locales, tanto públicos como privados, para asumir la responsabilidad de la salud comunitaria en sus respectivas localidades,
4. es la primera que sugiere un rumbo al proceso de descentralización, al propiciar que los gobiernos municipales asuman la conducción del cuerpo directivo de los consejos locales de segundo nivel subnacional,
5. es la primera que establece que la planificación nacional de la gestión del Gobierno Central sea iniciada en el nivel local o municipal y consolidada en forma ascendente hasta llegar al mismo.
6. es la primera que permite proactivamente a las comunidades, participar en los planes de desarrollo sectorial.

## **C.3. Otras consideraciones acerca del sector salud**

Los tres niveles de gobierno participan presupuestaria y operativamente en el sector salud, a nivel departamental los recursos asignados a salud son administrados por tres instancias:

- 1) los Gobiernos Departamentales, de los cuales 12 de los 17 existentes tienen programas y recursos financieros asignados a salud dependientes y proveídos directamente por el Ministerio de Hacienda,
- 2) las Direcciones Regionales de Salud, que son entidades desconcentradas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, encargadas de la administración programática y presupuestaria en el primer nivel subnacional, están presupuestadas, en forma diferenciada dentro de la Ley General de Presupuesto Nacional en la cual se encuentra diferenciado el Presupuesto General del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, pero dependiente del Ministerio de Hacienda para su ejecución, y
- 3) las Municipalidades, en muchos casos, se hacen cargo de prestaciones sanitarias o al menos de complementos salariales del personal de las

unidades desconcentradas del Ministerio de Salud. Además, está establecido que la utilización de algunos recursos que son recaudados y redistribuidos por el Gobierno Central (impuesto a los juegos de azar) sea utilizado, al menos parcialmente, en acciones de salud.

Afortunadamente, esta situación de “tanteo financiero” para la implementación del proceso de descentralización no se presenta en el sector salud desde el aspecto de prestación de servicios mismos, donde la distribución de los niveles de atención esta claramente definido y la desconcentración del Ministerio de Salud, de antigua data, establece como un segundo nivel de autoridad lineal las Direcciones de Regiones Sanitarias las que supervisan el funcionamiento de los hospitales regionales y centros de salud, como exponentes del segundo y tercer nivel de atención sanitaria, respectivamente. A su vez, los centros de salud coordinan el funcionamiento de los puestos de salud, fieles exponentes de los servicios de atención primaria básica.

Son estos dos últimos niveles donde la participación comunitaria y el incremento de la capacidad de prestación de servicios se manifiesta como necesidad prioritaria y fundamental para apoyar al proceso de democratización del País y facilitar la implementación de la Ley 1032 del año 1996 que crea el Sistema Nacional de Salud.

#### **D. El Comportamiento Ciudadano y Gubernamental después de la Promulgación de la Ley 1032/96**

Al finalizar el período legislativo del año 1996 y como resultado de la aplicación de un recurso legal pocas veces utilizado en la historia del país, el proyecto de Ley de creación del Sistema Nacional de Salud “subiendo y bajando”, con la media sanción de la cámara baja o de diputados, pasó a la de senadores de donde fue rechazado y remitido nuevamente a la de diputados, donde, al no pronunciarse los mismos acerca del proyecto con media sanción, el poder ejecutivo, en la persona del Presidente de la República, aplicando la Constitución Nacional sanciona “*de facto*” la Ley 1032 el día 30 de diciembre de 1996.

Inmediatamente, los consejos departamentales y distritales, hasta entonces sin respaldo legal para su propia constitución y accionar, legalizan su cuota de poder social en las comunidades y pasan a llamarse consejos regionales y locales de salud. Estos consejos, constituían grupos conformados por representantes de los poderes locales y departamentales representantes de todos los sectores de las “fuerzas vivas” incluyendo a las autoridades sanitarias y municipales. La legitimidad de la representación de cada sector ha sido especialmente cuidado en la conformación de la mayoría de los consejos.

Siendo la primera Ley directamente relacionada con el proceso de descentralización, generó amplia expectativa a nivel nacional. Para su difusión, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el año 1997, conformó un

pequeño grupo integrado, básicamente, por el propio Ministro, el Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados del Parlamento Nacional, la Coordinadora del Proyecto de Descentralización de los Servicios de Salud PHR/USAID, cuya misión consistía en participar en paneles organizados por las gobernaciones departamentales con la participación de las autoridades locales y representantes de instituciones públicas y privadas, como así también individuos allegados al tema de salud a nivel local. Con este grupo se recorrió la geografía nacional, exponiendo en cada caso la experiencia de los consejos de salud que ya habían sido constituídos con anterioridad a la promulgación de la Ley 1032/96.

Dada la novedad del sistema de participación de las comunidades y del diálogo entre autoridades locales y sus comunidades que ofrecía el proyecto, despertó gran interés y generó importantes intervenciones de los participantes. Con posterioridad, los municipios que iniciaban la conformación de sus Consejos Locales de Salud (según nueva nomenclatura establecida por la Ley), solicitaron apoyo al Ministerio de Salud o directamente a la oficina del Proyecto PHR/USAID Paraguay, y recibieron, el apoyo técnico para los primeros pasos.

## **D. 1. Lectura del Comportamiento Ciudadano Representado en los Consejos de Salud**

### **D.1.1. Obstáculos encontrados**

En fecha 17 de diciembre de 1996, asumieron las nuevas autoridades municipales (intendentes y miembros de juntas municipales) recientemente electas. Los últimos meses del año 96 estaban cargados de actividad proselitista y una parte importante de las actividades planeadas por los consejos se paralizaron.

Las autoridades municipales anteriores eran miembros principales de los consejos distritales y fue necesario hacer un trabajo personalizado de incorporación de las nuevas mediante jornadas de provisión de información acerca del trabajo desarrollado con los consejos y, en cierto modo, repetir la experiencia de los talleres de planificación estratégica realizados y, en forma resumida, los programas de capacitación en salud pública y otros temas que habían sido desarrollados. Sin olvidar de mencionar el apoyo a la interpretación del proyecto de ley del sistema de salud que servía entonces como modelo referencial.

Para entonces, las actividades prioritarias establecidas en el plan del mes de agosto y los de diciembre del 96, dejaron de ser actuales, lo cual llevó a los consejos a la revisión y reformulación de sus actividades previstas o en ejecución.

Toda esta coyuntura, obligó a los consejos a mantenerse ocupados en el propio seguimiento de los fenómenos, lo cual generó un “espíritu de cuerpo” entre los miembros produciendo esto el efecto de aglutinamiento de todo grupo que busca su propio reconocimiento.

El violento cambio de gobierno del Marzo del 1999, produjo un estancamiento y hasta retroceso en todo lo ganado a lo largo de los últimos cinco años. Aunque la nueva administración ministerial del sector salud presentó señales de voluntad política por apoyar el proceso iniciado, la actitud del Poder Ejecutivo del Gobierno Central planteado como autoritario y en nada participativo, logró abortar esa voluntad política, quedando “congelado” el proceso de participación de los consejos de salud en la administración de los servicios, así como los gobiernos municipales dejaron de ser interlocutores administrativos y financieros para el Ministerio de Salud.

La ciudadanía, lejos de responder con fortaleza a semejante desvío de planes gubernamentales claramente planteados a través de la convocatoria ciudadana a compartir la responsabilidad por el cuidado de la salud pública; asumió una actitud totalmente pasiva y las cosas volvieron al mismo ritmo de antes de ser promulgada la Ley 1032/96 y el Decreto 19966/98.

Hoy día, los consejos de salud han quedado reducidos a grupos de análisis y discusión acerca de la situación sanitaria local y, eventualmente, búsqueda de apoyo para la gestión de los servicios.

Sin embargo, debemos mencionar que en Dpto. Central, donde la densidad poblacional y el propio hecho de ser parte de la gran zona metropolitana que rodea a la Capital, Asunción, genera demandas y actitudes diferentes a las demás zonas de la República, los Consejos han hallado otras formas de desarrollar la atención de la salud y se dedicaron a investigar y probar sistemas de seguros y servicios a cargo de los mismos y de los municipios.

Lastimosamente, la rectoría sectorial del Ministerio de Salud le otorga, además del carácter de definidor de políticas sectoriales, administrador de los recursos, inadecuadamente, el rol de prestador de servicios. De manera que, el sistema mismo que lo contiene, dificulta la participación de terceros, en términos asistenciales; y cierra las posibilidades a los beneficiarios de los servicios a participar de modo alguno en la selección de los mismos.

### **D.1. 2. Logros**

Sin embargo, así andando, gran parte del esfuerzo de la asistencia técnica brindada por el Ministerio de Salud, con el apoyo de organismos de cooperación externa, estuvo orientado hacia el fomento de la supervivencia de estos grupos voluntarios y a la búsqueda de un cierto equilibrio que permitiera desarrollar acciones en forma coherente. A pesar de ello, de todos los logros objetivos y subjetivos alcanzados por ellos, cabe resaltar el nivel de diálogo, franco, abierto y adulto que ha llegado a tenerse en estas localidades entre las autoridades y sus comunidades. El espacio y tiempo que ofrecen los consejos, se ha constituido en una tribuna popular representada, donde los temas de salud son el motivo que los convoca pero, dada la universalidad del tema, necesariamente llegan a exponer

críticas situaciones sociales, económicas y culturales que interesa a las comunidades.

De la experiencia que significó el acompañamiento directo y permanente a la gestión de los consejos, se puede extraer las siguientes conclusiones:

1. Dentro del proceso de democratización que vive el Paraguay, los espacios de diálogo y concertación, en los tres niveles de división política, constituyen los mejores recursos para mantener a la población informada y a través de ello hacerse capaces de tener juicio crítico.
2. Este desarrollo de la capacidad de juicio crítico ha generado mayor interés en buscar información y, a partir de ella, priorizar acciones nivelando los que la gente quiere y los que la salud pública demanda.
3. La actitud juiciosa de los pobladores produce en los encargados de la prestación de servicios públicos, gente local y personalmente conocida por los miembros de los consejos, un sentimiento diferente de responsabilidad en términos de calidad de los servicios prestados.

## **E. Conclusión**

Todo lo expuesto nos permite concluir que en los últimos cinco años (de 1995 hasta 2000) se ha facilitado la creación de redes de organización comunitaria sensibles a temas de salud que motivan a:

### **las autoridades locales a:**

- clarificar sus roles con relación a prioridades de prestación de servicios
- promover el mejoramiento de los servicios de salud
- legitimar los mecanismos de participación comunitaria en la toma de decisiones locales
- identificar los recursos locales disponibles y la aplicación de los mismos sobre la base de criterios compartidos con la comunidad y necesidades prioritarias.

### **los miembros de la comunidad a:**

- asumir su rol como responsables de la gestión de los servicios de salud y la identificación y generación de recursos locales
- identificar formas de mejoradas de organización comunitaria orientadas a la participación en la toma de decisiones locales
- generación de criterio selectivo capaz de juzgar constructivamente la calidad de los servicios recibidos y participar proactivamente en el mejoramiento de los mismos.

**F. LO NECESARIO PARA CONTINUAR EL PROCESO DE PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN EL SECTOR SALUD**

1. Promover la formulación de políticas nacionales de descentralización para garantizar un desarrollo ordenado del proceso y ofrecer una guía a los dirigentes para que orienten sus propias políticas sectoriales en los tres niveles de gobierno.
2. Fortalecer el rol de la Comisión Nacional para la Descentralización para que desde la misma sea posible velar por que todos los proyectos de asistencia técnica y de mejoramiento de infraestructura de las instancias de gobiernos subnacionales, se desarrollen coordinadamente y dentro del marco general de la política nacional de descentralización.
3. Promover el diálogo entre los componentes del sistema nacional de salud buscando lograr, a corto plazo la identificación de planes y recursos institucionales y a mediano y largo plazo el co-financiamiento del Plan Nacional de Salud.
4. Generar un sistema de coordinación interagencias de cooperación externa para que sea utilizado más racionalmente el apoyo externo y orientarlo hacia los mismos objetivos desde el punto de vista del apoyo a la democracia y al incremento de la capacidad local de ofrecer servicios comunitarios.
5. Fortalecer el Consejo Nacional de Salud en los aspectos administrativos y reglamentarios permitiendo difundir su desempeño como modelo de accionar para los consejos regionales y locales.
6. Impulsar la definición de políticas nacionales de salud, estrategias regionales de salud y acciones locales de salud. Todas ellas presentadas en planes nacionales, regionales y locales de salud.
7. Ayudar a las Gobernaciones a definir y clarificar los roles de la Secretaría de Salud del nivel departamental y de la propia Gobernación con relación a la salud de los pobladores de la región.
8. Contar con medios de medición de experiencias a lo largo del avance de los proyectos que asistan al proceso de descentralización, que sirvan de reguladores de las acciones de la asistencia.
9. Poner especial énfasis en el desarrollo de las capacidades de los miembros de los consejos, en términos de conocimientos de salud pública, habilidad para la lectura de los presupuestos públicos y la interpretación de su ejecución, manejo de técnicas para elaboración de diagnósticos y conocimientos para la formulación y evaluación de planes y proyectos .

10. Guiar el diseño de paquetes de actividades a ser desarrolladas por los Consejos Locales, en base a estrategias regionales definidas por los Consejos Regionales, a su vez, basados en políticas nacionales definidas por el Consejo Nacional de Salud.
11. Propiciar la participación activa, desde dentro de los consejos, de la máxima autoridad departamental y municipal, ejecutiva o legislativa, sobretodo en los municipios de menor volumen poblacional.
12. Crear un sistema de comunicación y redes de interacción entre consejos de salud, coordinado a nivel regional que actúe como difusor de los logros, dificultades y experiencias de cada uno de ellos.
13. Implementar un sistema de información del proceso de descentralización en salud, relacionado con otro sistema que acompañe el proceso de todos los sectores a nivel nacional y facilitar el acceso a este sistema para los miembros de los consejos de salud.
14. Finalmente, y como eje principal de todo el apoyo que se pueda brindar al proceso de descentralización en salud; uniformar el lenguaje y el discurso de todos los que acompañan el proceso, en el sentido de que el mensaje de la Ley 1032 del 96 sea consensuado o formalizado a través de la reglamentación de la misma.

Maria Victoria Rojas  
2000-03  
Paraguay  
Email: vwickzen@sce.cnc.una.py