



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp\_fm bog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Báscolo, Ernesto

Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud

Revista de Salud Pública, vol. 12, núm. 1, abril, 2010, pp. 8-27

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42219913002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud

### Governance of primary health-care-based health-care organization

Ernesto Báscolo

Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina. ebascolo@gmail.com

Recibido 15 Julio 2009/Enviado para Modificación 11 Diciembre 2009/Aceptado 5 Febrero 2010

#### RESUMEN

Se desarrolla un marco analítico para explicar las condiciones de efectividad de diferentes estrategias que promueven sistemas integrados de servicios de salud basados en atención primaria de la salud (APS) en América Latina. Con una perspectiva de economía política, se caracterizan diferentes modos de gobernanza (clan, incentivos y jerárquicos) para representar alternativas formas de regulación que promueven innovaciones en organización de la provisión de los servicios. Se presentan condiciones necesarias para garantizar la efectividad de los modos de gobernanza y sus implicancias en términos de puestas en juego. La construcción institucional de un sistema integrado de salud es interpretado como producto de un proceso social, en donde se combinan diferentes modos de gobernanza, que operan con diferentes formas de resolución de los aspectos normativos de regulación de la provisión de los servicios (con el modo jerárquico), de la distribución de recursos (con el modo incentivos) y sobre los valores sociales que legitiman este proceso (con el modo clan).

**Palabras Clave:** Atención Primaria de Salud, organización y administración, gestión, programa de estímulos e incentivos, derecho a la salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

#### ABSTRACT

An analytical framework was developed for explaining the conditions for the effectiveness of different strategies promoting integrated primary health-care (PHC) service-based systems in Latin-America. Different modes of governance (clan, incentives and hierarchy) were characterised from a political economics viewpoint for representing alternative forms of regulation promoting innovation in health-service-providing organisations. The necessary conditions for guaranteeing the modes of governance's effectiveness are presented, as are their implications in terms of posts in play. The institutional construction of an integrated health system is interpreted as being a product of a social process in which different modes of governance are combined, operating with different ways of resolving normative aspects for regulating service provision (with the hierarchical mode), resource distribution (with the incentives mode) and on the social values legitimising such process (with the clan mode).

**Key Words:** Primary Health-care, organisation and administration, management, incentives and benefits programme, the right to health, governance, government (*source: MeSH, NLM*).

**E**l propósito de este artículo es proponer un marco analítico para explicar los procesos de cambios políticos e institucionales en la implantación de iniciativas que promueven sistemas integrados de servicios de salud basados en la APS en América Latina.

En el año 2003, con motivo del 25 aniversario de la Declaración de Alma Ata, la OPS/OMS ha promovido la APS como la estrategia a través de la cual garantizar a la población el derecho a la salud (1). Actualmente, existen numerosos gobiernos que han desarrollado múltiples iniciativas (con perspectivas, estrategias y valores en construcción), invocando la noción de APS, como estrategias de sus políticas de salud (2).

La OPS/OMS consideran que los sistemas integrales de servicios de salud (SISS) son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la APS a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; y la acción intersectorial, entre otros. Los atributos de esta propuesta incluyen postulas valorativas (derecho a la salud y acceso universal), arreglos institucionales (financiamiento adecuado, recursos humanos suficientes y comprometidos con el sistema, acción intersectorial amplia y un sistema de toma de decisiones participativo), y normas organizacionales y del modelo de atención de la salud. Se postula un cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, con proveedores a cargo de una población y territorio definidos; con una extensa oferta de establecimientos y servicios de salud, con inclusión de servicios de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos; un primer nivel de atención que orienta, integra y coordina el cuidado de la salud, con resolución de la mayoría de las necesidades de salud de la población; la entrega de servicios de especialidad en el lugar más apropiado (generalmente extra-hospitalarios) y la existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de servicios. Asimismo, se postula una gestión integrada de los sistemas administrativos y de apoyo clínico, con un sistema de información integrado, que vincula a todos los miembros del sistema de servicios (2).

Diferentes abordajes han realizado aportes importantes con caracterización de los modelos de organización de los servicios de atención primaria, con identificación y evaluación de sus resultados en términos dimensiones de desempeño (3). En forma alternativa, OPS ha realizado una identificación de diferentes concepciones de APS como modelos evolutivos (de menor a mayor

alcance). Sin embargo, pocos desarrollos analíticos han abordado la complejidad de los procesos de implementación de las políticas de APS y sus implicancias organizacionales (2).

La noción de gobernanza se ha postulado como una herramienta útil para estudiar los procesos políticos e institucionales que atraviesa la implementación de las políticas de APS y su efectividad en la capacidad de producir innovaciones en la organización del sistema de servicios salud (4-5). Con esta perspectiva, se busca explicar los procesos de cambio y la efectividad de diferentes modos de gobernanza aplicados a las políticas que promueven sistemas integrados basados en APS. Este trabajo propone un marco analítico para estudiar las innovaciones y la efectividad de los procesos de implementación de políticas que promueven un proceso de integración de las organizaciones de salud con base en APS (6).

Algunos antecedentes han abordado la cuestión de las relaciones entre organizaciones a través de la identificación y caracterización de los mecanismos de regulación comprometidos (7-9). Con una perspectiva de economía política de las relaciones organizacionales (6,10), se caracterizan los mecanismos de regulación presentes en los procesos de implementación de las políticas que promueven sistemas integrados basados en APS. Finalmente, el trabajo señala una serie de proposiciones o hipótesis que podrían ser estudiadas en futuros estudios de casos.

#### Modos de gobernanza y procesos de cambios

Scott (11) ha definido modos de gobernanza como "los arreglos por los cuales el nivel de poder y autoridad es ejercido, involucrando en forma variada sistemas formales e informales, auspicios públicos y privados, mecanismos regulatorios y normativos". Reconocer los mecanismos horizontales (de cooperación) y o verticales (de jerarquía) de regulación social permite describir las estructuras de gobernanza, con su influencia sobre los actores involucrados en la organización de los procesos de producción sociales de bienes o servicios.

Distintos aportes de teorías económicas han producido (con diferentes criterios y propósitos) marcos analíticos para caracterizar los modos de gobernanza de las organizaciones involucradas en los procesos de producción. La teoría de los costos de transacción (7) escoge el criterio de eficiencia para distinguir las estructuras de gobernanza. Se concentran en la capacidad de adaptación de las estructuras organizativas a contextos cambiantes y sus resultados en términos de eficiencia. La teoría de "cadenas de valor" busca reconocer la capacidad

asimétrica de apropiación de rentas económicas de diferentes agentes económicos, a través de estrategias asociadas con los mecanismos de regulación e integración en los procesos de producción de servicios (9). En estos abordajes, los agentes están caracterizados por sus intereses y la incongruencia entre objetivos organizacionales e individuales se supera por estrategias de regulación de los procesos de producción basados en normas burocráticas (integración vertical) o incentivos económicos (contratos).

Por último, Ouchi (8) incorpora "*la percepción de equidad*" (legitimidad) de la construcción de normas sociales que regulan la conducta de los actores y definen la apropiación de recursos (10). De esta forma, Ouchi (8) reconoce la *legitimización* de la construcción institucional como proceso colectivo. En este caso, los actores o agentes no sólo tienen intereses particulares, sino también son portadores de valores sociales. La producción social de valores tiene implicancia sobre la legitimación de los mecanismos de regulación y en cuanto a su influencia sobre la determinación de objetivos individuales. Según Benson (10) introduce la caracterización de los actores por sus intereses y valores, en donde la divergencia y conflictividad entre los intereses y valores se resuelve por mecanismos de regulación que son parte de los arreglos institucionales.

Ouchi (8) incorpora la identificación de distintos modos de gobernanza: mercado, jerarquía y clan, caracterizados por el tipo de los mecanismos de regulación establecidos para resolver las brechas de objetivos entre organizaciones y actores individuales. Los mecanismos de regulación son rasgos distintivos de los arreglos institucionales (llamados modos de gobernanza). Los modos de gobernanza no son creados para ser eficientes, sino moldeados por los intereses y valores de aquellos actores con mayor poder de influencia. En otras palabras, cada modo de gobernanza se distingue por los mecanismos de regulación utilizados, los cuales serán utilizados por aquellos actores con mayor capacidad y poder para ejercer su influencia en función a sus propios intereses y valores. El proceso social de construcción de normas sociales alberga una disputa de intereses y valores que se resuelve (o modera) a través de mecanismos de regulación que influyen sobre la determinación de la distribución de recursos (dinero y autoridad) y en los valores en pugna. Por esta razón, la caracterización de diferentes modos de gobernanza requiere del análisis de los actores estratégicos con influencia sobre la determinación de los mecanismos de regulación utilizados, los niveles o espacios de su formulación e implementación y los puestas en juego que expresan la disputa de economía política vinculada con el proceso social bajo estudio.

*Modo de gobernanza basado en jerarquía.* Este modo tiene mecanismos de regulación que se basa en reglas y normas burocráticas de la organización. Los actores hegemónicos se refuerzan con estrategias de autoridad formal, basada sobre el diseño de burocracias de comando y control (10). Las normas de los procesos de producción y el monitoreo del desempeño tiene una modalidad jerárquica y formal. Sus mecanismos de regulación buscan estandarizar los procesos de producción a través de la especificación de los productos, procesos y o habilidades necesarios.

Este modelo puede extenderse a la regulación de la relación entre organizaciones, con creación de nuevas entidades reguladoras en el contexto de una red, el rediseño de los bordes inter-organizacionales, o la especificación de reglas formalizadas de interacción entre las organizaciones. El actor o la organización con un rol relevante o influyente sobre la producción de las normas de regulación tendrán influencia sobre la distribución del poder al interior del mapa de actores que integran la trama social y productiva de servicios de salud.

Según Benson (10), en una red compleja de agencias con variadas fuentes de poder, esta estrategia tiene limitaciones. Depende si las intervenciones son legítimas y de un poder efectivo crítico por parte de los actores hegemónicos a cargo de la gestión de los mecanismos formales de regulación de la organización, para medir la implantación de las normas formales y sancionar su no cumplimiento. La legitimidad de estas normas, la complejidad de los procesos de producción (o su posibilidad de normatización) y las dificultades de medición y evaluación del desempeño tienen influencia sobre la efectividad de las normas burocráticas como mecanismos de regulación.

*Modo de incentivos de gobernanza.* Mientras los mecanismos burocráticos tienden a influenciar el potencial "oportunismo" de los actores a través de restricciones a sus conductas, las estructuras de gobernanza basadas en incentivos orientan las conductas en función de los intereses de los actores, buscando su coherencia con los objetivos de la organización o red.

Los incentivos tienen influencia a través de los precios relativos pagados por los productos o el tipo de contratos, formas de pago y mecanismos de asignación de recursos. Los incentivos también operan al interior de las organizaciones como estrategias intencionales a través de sistemas de retribución basados en resultados o por medio de las escalas o diferencias salariales presentes en la misma estructura organizacional, a través del "mercado interno", escala salarial o carrera profesional. El nivel y espacio

organizacional ("punto nodal") en donde se definen los precios relativos o formas de retribución y los actores que estarán involucrados en la determinación de la distribución de recursos (9).

En este modo de gobernanza, la evaluación y monitoreo del desempeño de las organizaciones se basa sobre sistemas de información dependientes de los registros de los mecanismos de pago o asignación de recursos y o los objetivos priorizados en los sistemas de incentivos.

La efectividad de este modo de gobernanza depende de la legitimidad de utilizar incentivos económicos y la factibilidad de su implementación. La conducta de los actores regulados deberían ser "vulnerables" a la estructura de incentivos implementados. La factibilidad depende de la capacidad de las organizaciones de contar con información que soporte las evaluaciones y decisiones orientadas a la aplicación de los incentivos.

*Modo de gobernanza basada en valores.* En este caso, no prevalece la brecha y conflictividad entre intereses privados y de la organización. Por el contrario, se destaca una visión y valores compartidos que permiten coordinación de unidades productivas y actores. Los mecanismos de coordinación son: adaptación mutua a través de comunicación *face to face*, la socialización en actividades comunes, la creación de espacios participativos de trabajo, el desarrollo de comités de evaluación entre pares, o sesiones de capacitación y sensibilización de trabajo. Si bien estos modelos se caracterizan por procesos colectivos y participativos de construcción de normas, igualmente se manifiestan y soportan con alguna forma de conducción y liderazgo. Los valores, identidad y trayectoria de los actores con influencia sobre la conducción de este proceso van a ser factores relevantes de la definición particular de este modelo.

La evaluación del desempeño de este modelo se basa en modalidades de autoevaluación, dependiente de la motivación y participación de los actores involucrados en el mismo proceso de producción. La producción de indicadores de evaluación depende de los valores asumidos por el modelo de clan y por la legitimidad y relevancia reconocida a la autoevaluación como parte del modelo de gestión.

Las limitaciones de este modo es su dependencia a que los actores involucrados en el proceso de producción mantengan una conformación homogénea en cuanto a identidad y valores compartidos. La fragmentación y diversidad de los actores amenaza el soporte de los valores compartidos como condición necesaria.

Asimismo, un liderazgo claro en la conducción organizacional puede ser condición para la sostenibilidad de este modelo.

#### Procesos de cambio de los modos de gobernanza

Rodríguez (6) considera los modos de gobernanza (jerarquía, clan y mercado) como entidades no fijas, como medios y productos de la dinámica de poder de los procesos sociales. El estudio de los procesos de cambio supone analizar la producción de nuevas normas sociales que regulan la conducta de los actores sociales y sus relaciones sociales, considerando intereses y valores en juego, en un marco de actores en disputa de recursos, considerando a éstos ya sea dinero como poder o autoridad (10). Este proceso incluye la relación dialéctica entre estrategias de actores como construcción instituyente y la influencia del marco de regulación de las normas sociales como restricción y orientación de la conducta de los agentes sociales

En esta perspectiva, el análisis de gobernanza de innovaciones en organizaciones y tramas organizacionales incorpora una perspectiva dinámica de la economía política presente en la puja y producción de normas sociales (10). Los modos de gobernanza son producto de la conflictividad de esta producción social, y por lo tanto serán medios (formas de regulación) de las estrategias de los actores estratégicos. La economía política tiene un lugar relevante para explicar esta relación dinámica. Las formas de regulación social son resultado de la conflictividad de los valores e intereses de los actores y tendrán implicancias (a través de mecanismos jerárquicos, de incentivos o de clan) sobre la distribución de recursos (financieros y poder) asignados entre los mismos actores involucrados y los valores en disputa.

El poder es una dimensión central para explicar la creación de nuevos mecanismos de regulación y su influencia sobre la conducta de los actores y la organización de los procesos de producción. Los mecanismos de regulación refuerzan diferentes dimensiones de poder sobre los actores (6). Los mecanismos de regulación que pertenecen tanto al modo jerárquico como de incentivos dan poder de "*toma de decisiones*" a los actores con roles formales de dirección, coordinación, evaluación, control o asignación de recursos. Los modelos de clan residen y se refuerzan con la utilización del poder "*simbólico*" de los actores que lideran los procesos colectivos. El poder simbólico permite influenciar sobre la producción del "*significado*" o interpretación de la situación problemática sobre la cual se asienta la organización. Por último, la capacidad de *definir la agenda* representa un

poder (no formal), asociada a la *posición o manejo estratégico* de dispositivos o mecanismos de gestión de la organización. Los diferentes tipos de poder se combinan y se ejercen en interfases sociales (12) entre los actores involucrados, a través de la producción de nuevas normas sociales o la aplicación de las mismas.

La caracterización de los cambios que se operan en los modos de gobernanza y sus mecanismos de regulación debe reconocer la dinámica de influencias de procesos sociales que contienen a actores ubicados en diferentes niveles institucionales u organizacionales. La configuración de las relaciones entre diferentes niveles permite una descripción integradora de los diferentes espacios con influencia sobre el proceso de producción de la "reglas del juego" formales e informales que condicionan la producción de normas sociales. Por esta razón, la caracterización del modo de gobernanza no debe ser interpretado como una clasificación estática, sino como un instrumento analítico con capacidad para construir taxonomías y su dinámica de cambio. La dinámica de este proceso debe reconocer puestas en juego sobre la distribución de poder y recursos entre actores y organizaciones involucradas y sobre los valores que prevalecen y legitiman las normas de regulación social.

#### Caracterización de los modos de gobernanza en sistemas de servicios basados en APS

La trayectoria de las políticas de APS en diversos países de América Latina ha tenido visiones diferentes sobre la concepción de APS. Estas visiones asumen diferentes valores, desafíos, actividades y servicios comprometidos en sus respectivas estrategias. La caracterización de los modos de gobernanza que prevalecen en los procesos de cambio de las iniciativas de APS puede realizarse a partir del tipo de mecanismos de regulación utilizados, que rigen las conductas y relaciones entre los actores y las organizaciones que integran el sistema de servicios de salud.

Los mecanismos de regulación se expresan en arreglos institucionales, y constituido por las normas sociales que integran el sistema de servicios de salud. Las normas sociales del sistema de servicios de salud pueden clasificarse como: i) meta-normas, asociadas con valores vinculados tanto con cuestiones sociales para la población general y los usuarios (salud como derecho, equidad en el acceso, calidad, integralidad, participación comunitaria) o de los actores involucrados en la provisión de servicios (gestión participativa);

ii) Normas de organización del sistema de servicios de salud que comprenden dónde se realizan las prestaciones (atención ambulatoria en hospitales, en centros de diagnósticos especializados, en el primer nivel de atención) y cómo se coordinan entre servicios y organizaciones entre niveles de atención (sistemas de referencia y contra-referencia), decisiones tomadas en el tipo y magnitud de la asignación de recursos al primer nivel de atención (financieros, recursos humanos, insumos); iii) normas de gestión del servicios del primer nivel en cuanto a la programación de servicios (programación centralizada o descentralizada), normas de trabajo (registro de producción, horarios de trabajo, horarios de extensión, horas asistenciales y no asistenciales), coordinación de equipos de trabajo en centros de atención (colegiados de gestión, decisiones unilaterales), y relación de los centros de salud con organizaciones sociales (mecanismos de coordinación o participación comunitaria) y iv) normas de atención que regulen o condicionen la relación entre atención y la población (responsabilización territorial, atención nominada, el tipo de prestación realizada en promoción, prevención o atención curativa), la forma de trabajo entre profesionales al interior de los centros de atención (ej: trabajo interdisciplinario), o normas de atención vinculadas con el proceso de atención que integre distintos niveles de atención).

Los cambios de tales normas sociales se explican por la conflictividad de economía política (con disputas de recursos financieros, poder y valores) que se entabla entre actores u organizaciones involucrados.

El desarrollo de sistemas de salud basados en APS contiene una compleja y variada gama de puestas en juego, que pueden reconocerse desde la disputa por recursos económicos y reputación, los valores sociales en disputa y la tensión entre regulación y autonomía profesional. Por esta razón, los arreglos institucionales (y modos de gobernanza) no deben ser reconocidos como modelos ideales y racionales, sino como resultado del proceso social y político que responde a las principales puestas en juego (13).

Los procesos de cambio que operan en las políticas de salud que promueven servicios de salud integrados y basados en APS, responden a una situación previa, caracterizada en términos de fragmentación de la provisión de servicios y debilidad en la regulación de los servicios para garantizar su efectividad. Robinson (14) reconoce esta situación en términos de "taller del doctor", caracterizado como un modo tradicional de gobernanza en los servicios de salud, asociado con una fuerte autonomía profesional en la provisión directa de los servicios y con débiles mecanismos de regulación, basados simplemente

en mecanismos sólo simbólicos y esporádicos. En este modelo, la ética profesional, el prestigio y la reputación social son las normas sociales casi excluyentes como mecanismos con capacidad para orientar las conductas profesionales (15).

Las normas sociales que están presentes en este modo de gobernanza se producen y reproducen en espacios de formación profesional, instituciones corporativas de profesionales y lugares de intercambio formal o informal entre los mismos profesionales. Un aspecto distintivo de este modo es la participación excluyente de profesionales médicos y en especial aquellos con mayor reputación o prestigio profesional en la producción de tales normas.

Si bien este modelo ha sido prevalente durante primera mitad del siglo XX, la complejidad contemporánea del complejo productivo en salud ha puesto en evidencia sus limitaciones para garantizar calidad, eficiencia y efectividad (14). La fragmentación del modelo de atención y la ausencia o debilidad de mecanismos de articulación entre servicios y organizaciones sanitarias es uno de los rasgos sobresalientes de este modo de gobernanza. Gran parte de las iniciativas de reforma de los modos de provisión de servicios de salud tienen como fundamento y punto de partida la referencia de esta problemática.

*Modelo de Clan de Organizaciones de APS.* Desde la declaración de Alma Ata hasta la actualidad (revisión de APS por OPS), se ha enfatizado la promoción de la participación social de la comunidad en las estrategias de APS en AL como un atributo normativo valorado en sí mismo. En forma complementaria, se ha ponderado la construcción de modelos de gestión que promueven la autonomía profesional, la conformación de equipos interdisciplinarios y la ampliación del campo de acción de los profesionales (16). Sin embargo, la efectividad de estas iniciativas depende del perfil y compromiso de los profesionales y actores sociales, compatible con los valores sociales que refuerzan estos atributos.

El compromiso entre los profesionales integrantes del equipo de salud y una trama social con valores compartidos son factores claves que otorgan la legitimidad necesaria (requerimiento normativo) (8) para garantizar la efectividad de estas iniciativas. Las normas sociales con mayor utilización son los valores asociados con los derechos de la salud de la población, con la necesidad de participación de los trabajadores en los procesos de decisión y en modelos de gestión con participación comunitaria.

Los actores que comparten estos valores y que ofrecen el soporte de los mecanismos de coordinación y regulación de la organización de los procesos

de atención asumen un rol relevante en el mapa político que enmarca estas iniciativas (6). Esto es relevante, ya que el modelo de clan, aunque basado sobre valores compartidos, se produce en un contexto de complejidad de economía política que atraviesan las políticas sociales. En otras palabras, la producción y sostenibilidad de los atributos de participación comunitaria y gestión participativa (asumidos como fines en sí mismos) requieren de la legitimidad (de los valores que soportan el modo de clan) y un mapa político que lo sostenga.

*Modos Jerárquicos de gobernanza de APS.* Los modos jerárquicos de gobernanza en APS se basan en normas organizacionales y formales, junto a normas y guías de atención, coordinación de servicios, nuevo diseño de estructuras organizacionales y sistemas de evaluación (17-18).

Durante los últimos años, las reformas promovidas reconocen las especificidades de los sistemas de servicios de salud, al vincular y articular la producción del conocimiento científico y la conducta profesional. El desarrollo de medicina basada en evidencia, intenta regular la conducta profesional en función de la aplicación de diversas fuentes de evidencia científica. Se valora la construcción de guías de atención reconociendo la participación de profesionales y las especificidades de cada escenario. Se busca mejorar la legitimidad de la autoridad jerárquica a partir de tomar en cuenta las especificidades del proceso de producción profesional de los servicios de salud. Si bien, este abordaje se sustenta en herramientas de gestión con fortaleza técnica, sus resultados no son neutrales o lineales (sin complejidad en su implementación). Su factibilidad dependerá de profesionales con disposición a explicitar criterios y fundamentos de las decisiones clínicas, lo cual atenta con un modelo liberal del taller del doctor (14).

La economía política de este modelo depende del mapa de actores con hegemonía (o influencia) en la producción e intermediación entre la evidencia científica y la aplicación y control de gestión de las normas asistenciales. El mapa de actores incluye tanto las relaciones de poder (autoridad formal) que se establecen entre aquellos con funciones de regulación (directores o jefes) y aquellos regulados en su práctica (profesionales involucrados directamente en la prestación de los servicios), como así también la legitimidad de las normas definidas y su correspondiente aplicación.

La producción del conocimiento científico no es neutral, ya que se financian investigaciones y publicaciones de innovaciones tecnológica con

financiamiento de las empresas interesadas en tales resultados. Asimismo, los profesionales con activa participación en la definición de normas científicas refuerzan su propia reputación profesional, factor clave de los valores y recursos (poder y dinero) que sustenta su ejercicio profesional. Para lograr la efectividad de modos jerárquicos de gobernanza que promuevan sistemas integrados de APS se requiere que la formulación de las normas asistenciales estén definidas por actores con valores o intereses compatibles con el desarrollo del primer nivel y su mayor influencia sobre el resto del sistema de servicios de salud.

Por otro lado, es necesario reconocer la inclusión e integración de aquellas normas organizacionales asociadas con procesos logísticos (en especial las normas vinculadas con la gestión de insumos), el desarrollo de sistemas de información y estructuras formales de coordinación entre áreas y servicios compatibles al desarrollo del modelo de regulación que opera sobre el sistema de servicios. Asimismo, la producción de normas formales de regulación y coordinación de servicios incluye procesos logísticos, administrativos y de evaluación de servicios con implicaciones relevantes en las formas y desempeño de los servicios. Los actores, organizaciones, capacidades e instrumentos utilizados en la gestión de tales procesos asumen importancia sobre la conformación del modo de gobernanza.

Tanto el desarrollo de los mecanismos de regulación asociados con normas asistenciales, como aquellos orientados a la definición de normas de los procesos logísticos o administrativos tienen implicancias sobre la distribución del poder entre actores y organizaciones del sistema de servicios de salud. La participación sobre la formulación o implementación de tales normas y el grado de libertad o restricción sobre las conductas de los actores debe ser considerada. Por último, La producción de mecanismos de regulación de políticas que promueven sistemas integrados basados en APS requiere contener un alcance suficiente que incluya al conjunto de unidades y procesos de producción de servicios. Esta situación representa un desafío en términos de las condiciones políticas y las capacidades organizacionales necesarias para concentrar o coordinar la producción de tales normas de organización, gestión y atención de los servicios de salud.

*Modos de Gobernanza basados en incentivos en APS.* Este modo representa una estrategia basada en la necesidad de introducir nuevos incentivos explícitos como estrategia para promover cambios organizacionales. Desde la década del noventa se han promovido reformas en APS basadas en innovaciones en las normas de organización del sistema a través de las formas de pago a profesionales y en las modalidades de asignación de recursos a los proveedores de servicios

de salud (19-22). Estas propuestas incorporan modelos de asignación de recursos y formas de pago (tales como presupuestos por resultados, contratos de gestión, pago per cápita, por servicio, por desempeño), en donde se busca asociar transferencias financieras o retribuciones con actividades, productos o resultados especificados y alineados con los objetivos esperados por los actores a cargo del diseño e implementación de tales mecanismos. Este abordaje parte del supuesto de la relevancia de conductas potencialmente "oportunistas" y de los agentes (sus intereses) a cargo de la provisión de los servicios y modificables a través del diseño de los "correctos" incentivos.

El diseño de estos mecanismos se basa en estrategias implementadas en diferentes espacios institucionales. Su aplicación más frecuente se basa en las relaciones entre organizaciones con funciones de compra o asignación de recursos financieros y organizaciones a cargo de la provisión directa de servicios, con el propósito de regular las decisiones de los profesionales, ya sea para contener costos, mejorar la productividad o calidad de los servicios. Los precios o retribuciones orientan la producción de aquellos productos con mejores valores relativos.

Los actores intervinientes y el lugar y nivel de determinación o negociación de los valores relativos, y la asignación del riesgo financiero tendrá consecuencias en términos de distribución de los recursos (23-24). Estas estrategias aplicadas al desarrollo de sistemas integrados de salud basados en APS, requieren que los servicios del primer nivel tengan valores relativos favorables en relación a los servicios del segundo y tercer nivel de atención. Adicionalmente, es preciso "premiar" conductas de prescripción, referencia y contrareferencia que se adecúen con un modelo integrado. Un desafío de estos mecanismos de regulación radica en la capacidad de establecer incentivos alineados con el modelo de funcionamiento deseado de un sistema integrado.

Más aún, para lograr que estas estrategias logren una integración de servicios en donde las decisiones de los profesionales del primer nivel de atención adquieren mayor poder, éstos actores pueden asumir mayor poder o influencia en la definición de sistema de precios y o decisiones de compra de servicios. Este es el caso de las reformas del NHS, en donde los equipos de primer nivel adquieren funciones de compra de servicios del segundo y tercer nivel de atención.

Alternativamente, los incentivos pueden diseñarse y aplicarse internamente en las estructuras organizativas, como incentivos asociados a una conducta esperada a través del tiempo, como una carrera profesional basada en méritos y

asociada a conductas que logren ser evaluables, medibles y "retribuidas" a través de mejores ingresos y posiciones en la misma organización. Las estrategias de incentivos internos a la organización están asociadas con estructuras verticalmente integradas de la función de financiamiento y provisión de servicios. Estas estructuras deben ponderar la reputación y retribuciones de los profesionales del primer nivel y de conductas colaborativas entre niveles de atención para favorecer sistemas integrados de atención basados en APS.

## DISCUSIÓN

Este trabajo propone un marco de análisis para evaluar la pertinencia y efectividad de los mecanismos de regulación que caracterizan a los distintos modos de gobernanza (clan, jerárquicos o incentivos), contenidos en las estrategias que promueven sistemas integrados basados en APS en AL. Siguiendo a Rodríguez et al. (6), es posible distinguir diferentes tipos de gobernanza para lograr colaboración entre las organizaciones sanitarias. Los modos de gobernanza pueden caracterizarse en función de los mecanismos de regulación utilizados para resolver los problemas de economía política entre actores con diferentes intereses y valores. Los arreglos institucionales comprenden una compleja gama de mecanismos de regulación que combinan normas sociales sobre diversas organizaciones y actores. Si bien las organizaciones no presentan estructuras de gobernanza puros, ya que es común la combinación de mecanismos de coordinación asociados a las diferentes tipologías reconocidas, es posible reconocer que diversas políticas presentan rasgos con énfasis de unas sobre otras, e incluso su cambio a través de su proceso de implementación.

Rodríguez et al. (6), sugieren que las estrategias de reforma con capacidad efectiva de cambio y sustentabilidad en el tiempo requieren la combinación de diferentes mecanismos de regulación. Cada modo de gobernanza se explica por la presencia de puestas en juego que caracterizan el problema de economía política de cada proceso social a la formulación e implementación de las políticas de integración de servicios basados en APS. Este trabajo propone hipótesis, sobre las condiciones necesarias para garantizar efectividad de cada modelo gobernanza en el marco de la conflictividad de sus puestas en juego. Tales proposiciones podrían ser validadas por futuros estudios de casos.

### Modo clan de gobernanza

La producción de los valores que sustentan el modo clan, suelen relacionarse con la tensión entre una concepción de la salud como derecho ciudadano versus una

perspectiva que liga los servicios de salud como necesidades de consumidores con acceso a servicios de salud en función de su capacidad de pago (27). Esta disputa de valores adquiere relevancia en los sistemas de salud de América Latina, con altos niveles de segmentación de servicios, en donde el financiamiento y cobertura de los servicios depende de atributos personales (condición de trabajo formal, capacidad de contribución y pago por los servicios). La segmentación está asociada con la fragmentación institucional de estos sistemas de salud, y ponderado como problema que limita y obstaculiza el desarrollo de sistemas de salud integrados en la Región (28).

Al mismo tiempo, si bien ciertos valores sociales (salud como derecho, gestión participativa y participación comunitaria) pueden ser compartidos por actores claves que integran el sistema de salud, y facilitar procesos sociales y políticos de cambio hacia sistemas integrados basados en APS, su utilización excluyente puede ser insuficiente para garantizar la efectividad de estrategia de integración con otras organizaciones de salud con mayor complejidad.

La proposición o hipótesis de efectividad del modo de gobernanza de clan puede expresarse de la siguiente forma:

**Proposición 1:**

Los mecanismos de gobernanza tipo clan como estrategias para promover sistemas integrados basados en APS, logran capacidad innovadora y efectividad cuando articulan valores aceptables para los actores involucrados directamente en el desarrollo de los servicios del primer nivel (más que en su integración con otros niveles). Su sustentabilidad depende de las condiciones políticas favorables a los actores con valores asociados con las estrategias de APS y de la legitimidad de los valores que sustentan el proceso de cambio.

Las condiciones políticas toman especial relevancia en este modo de gobernanza. Aunque la construcción de nuevas normas sociales se produce por actores con valores en común, estos cambios requieren modificar la distribución de recursos (financieros y autoridad) a favor del primer nivel. Estos cambios suponen conflictividad entre actores (profesionales poder en términos de reputación y legitimación de modelos tradicionales y con valores contradictorios). Por lo tanto, la sustentabilidad de este modo de gobernanza requiere que los actores que promueven estas reformas adquieran una conformación organizativa y homogénea. Asimismo, se necesita una legitimación de las estrategias de APS, convalidadas por otros actores, tales como políticos y la misma comunidad.

Las limitaciones de este modo de gobernanza se producen cuando se requiere la integración entre diferentes organizaciones de provisión de servicios en donde los profesionales y trabajadores de la salud no necesariamente comparten los valores que sustentan el modo de clan. En estos casos, es necesaria la combinación con mecanismos de regulación basados en incentivos o jerárquicos para garantizar la alineación entre objetivos divergentes o conflictivos con la estrategia de la APS.

#### Modo jerárquico de gobernanza

Una tensión latente de los procesos de reforma de los sistemas de salud ha sido la disputa entre autonomía versus regulación de la provisión de los servicios de atención médica a través de mecanismos de regulación organizacionales. Esta conflictividad tiene implicancias sobre los procesos de trabajo profesional de los servicios de salud y sobre las relaciones establecidas entre las diferentes organizaciones de salud (32). Las condiciones de efectividad de este modo de gobernanza pueden expresarse a través de la siguiente proposición.

#### Proposición 2:

La efectividad de los mecanismos de regulación del modo jerárquico de gobernanza, como estrategias para promover sistemas integrados basados en APS, dependen de la complejidad de los procesos de producción de los servicios o actividades de APS y de las capacidades organizacionales con influencia sobre la producción y desempeño de la producción de los servicios. Tales capacidades dependen de la i) legitimidad técnica de la producción y aplicación de normas asistenciales, ii) del alcance de los mecanismos de regulación sobre el conjunto de servicios de salud y iii) el desarrollo de mecanismos de evaluación y gestión de los procesos de apoyo a los procesos de servicios de salud. La viabilidad política depende de la posición relativa de los actores claves para implementar los mecanismos de regulación y la legitimidad técnica del proceso de producción de los mecanismos de regulación.

La vulnerabilidad de los procesos de producción de ser normalizados es el primer problema, que depende del tipo de actividades y servicios incluidos en las políticas de APS. Aquellos servicios fáciles de normalizar, tales como programas de prevención, atención prenatal, o normas asociadas con el "control del niño sano" harán más efectivos los modos jerárquicos de gobernanza. Contrariamente, aquellos procesos de atención médica que contienen mayor variabilidad, incertidumbre y con mayor intensidad de criterios profesionales y discrecionalidad harán más compleja su regulación con este modo de gobernanza.

La legitimidad técnica tiene un rol clave, ya que se refiere a la reputación y nivel de aceptabilidad por parte de los profesionales de las normas asistenciales producidas. El nivel de incumbencia de los actores u organizaciones a cargo de la producción de normas hace referencia al alcance de su influencia. Normas

restringidas al primer nivel de atención, se limitan a la regulación de centros de salud, pero sin influencia en la coordinación de la atención integral. Un marco de regulación sobre el conjunto de los servicios es condición para lograr influencia sobre el proceso integral. También, se requieren de capacidades organizacionales para evaluar el funcionamiento de los servicios supone el funcionamiento de sistemas de información y destrezas para el análisis y utilización de sus resultados. Asimismo, la efectividad del modo jerárquico tiene que garantizar la adecuación entre normas asistenciales y servicios de apoyo críticos, tales como la logística de los insumos necesario (ejemplo, medicamentos disponibles en función de criterios de prescripción). Por último, el ejercicio de los mecanismos de regulación tiene que contar con apoyo político que garantice su viabilidad.

#### Modo incentivo de gobernanza

Los procesos de desarrollo de políticas de APS contienen decisiones vinculadas con la distribución de recursos financieros entre los actores involucrados, lo cual toma un carácter implícito o explícito de puja distributiva, como una de las puestas en juego que caracteriza la conflictividad de la economía política de ese proceso social.

Las condiciones de efectividad de este modo de gobernanza puede expresarse a través de la siguiente forma:

#### Proposición 3:

La efectividad de los mecanismos de regulación del modo de incentivos de gobernanza depende de la "vulnerabilidad" de las conductas de los actores a los incentivos económicos, del peso relativo de los incentivos aplicados y de la capacidad de organizacional para implementar los instrumentos de gestión para el funcionamiento de este mecanismo de regulación. La vulnerabilidad de la conducta de los actores a los incentivos económicos depende tanto de sus valores como de la legitimidad social sobre utilizar incentivos económicos como mecanismo de regulación.

El diseño de nuevas modalidades de pago a los proveedores de servicios como la utilización de estrategias basadas en incentivos económicos para mejorar el desempeño de los servicios ha sido objeto de debate tanto en términos valorativos como en su efectividad. La primera condición es que la conducta de los profesionales debe ser sensible a sus intereses económicos individuales. Aunque existe consenso sobre la necesidad de contar con incentivos y financiamiento "adecuados", el supuesto que los profesionales modifiquen conductas de trabajo profesional en función de sus retribuciones representa un tema de gran controversia ética. En esta línea, Fuchs (31)

advierte que las estrategias de reforma no son inocuas en cuanto a la promoción de valores profesionales. El desarrollo de estructuras de incentivos basado en una racionalidad individual y egoísta, promueve este valor social como cultura profesional. El peso de la legitimidad social sobre el uso de los incentivos como estrategia de regulación también afecta su efectividad. Su desaprobación social puede limitar la vulnerabilidad de los profesionales para modificar conductas en relación a sus retribuciones.

En segundo lugar, la capacidad de los incentivos económicos como estrategias para orientar la conducta de los profesionales depende del contexto y de alternativas modalidades de financiamiento y retribución ya existentes. Generalmente, se utilizan innovaciones en las modalidades de financiamiento basadas en la demanda o en retribuciones en función del alcance de objetivos. Sin embargo, estas iniciativas son generalmente utilizadas como un financiamiento adicional y complementario a la estructura basada en la oferta (basada en la retribución de los factores de producción). Por esta razón, es necesario distinguir el peso relativo de tales innovaciones sobre el modelo "tradicional" ya constituido. Otra de las críticas está referida al diseño de los incentivos, ya que cuando están orientados a profesionales individuales y a la generación de condiciones de competencia entre organizaciones no han tenido efectividad en facilitar conductas de colaboración y condiciones de atención integrada (29,31). Por último, la instrumentación de estas estrategias requiere como condición para su efectividad de capacidades organizacionales, dadas por sistemas de información y evaluación del desempeño de los servicios.

El análisis de las condiciones de efectividad de los modos de gobernanza debe interpretarse como partes e ingredientes de un proceso político conflictivo. Los procesos de formulación e implementación de políticas de APS pueden analizarse a partir de las puestas en juego que están presentes en la producción de las normas sociales de tales iniciativas contienen diferentes mecanismos de regulación de la complejidad de su economía política. En esta perspectiva, la construcción institucional es producto de un proceso social, con diferentes formas de resolución de los aspectos normativos de regulación de la provisión de los servicios (con el modo jerárquico de gobernanza), de la distribución de recursos (con el modo incentivos de gobernanza) y sobre los valores sociales que legitiman este proceso (con el modo clan de gobernanza) ♣

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud: Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Resolución CSP26.R19, 46º Consejo Directivo, 57º Sesión del Comité Regional; 2005.
2. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
3. Lamarche P, Beaulieu M, Pineault R, Contandriopoulos A, Denis JL, Haggerty J, et al. Choices for change: The path for restructuring primary healthcare services in Canada. Ontario: Canadian Health Services Research Foundation; 2003.
4. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22.
5. Touati N, Contandriopoulos A, Denis JL, Rodríguez C, Sicotte C. The Integration of Healthcare as a Solution to the Problem of Accessibility in Rural Areas: What Leverage Mechanisms Do Regulatory Agencies Have in a Public System? A Quebec Case Study. *Health Care Management Review* 2004; 29 (3): 1-9.
6. Rodríguez C, Langley A, Béland F, Denis JL. Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society* 2007; 39 (2): 150-193.
7. Williamson O. Comparative Economic Organisation: The Analysis of Discrete Structural Alternatives; *ASQ* 1991; 36 (2): 269-96.
8. Ouchi W. Markets, Bureaucracies, and Clans. *ASQ* 1980; 25(1): 129-41.
9. Gereffi G, Humphrey J, Sturgeon T. The Governance of Global Value Chains. *Review of International Political Economy* 2005; 12 (1): 78-104.
10. Benson JK. The interorganizational network as a political economy. *ASQ* 1975; 20(2): 229-249.
11. Scott W, Ruef M, Mendel P, Caronna C. Institutional change and healthcare organization: From professional dominance to managed care. Chicago: University of Chicago Press; 2000.
12. Long N. The multiple optic of interface analysis. Background Paper on Interface Analysis, UNESCO. Wageningen University, the Netherlands; October 1999.
13. Contandriopoulos D, Denis JL, Langley A, Valette A. Governance Structures and Political Processes in the Public System: Lessons from Quebec. *Public Administration* 2004; 82(3): 627-655.
14. Robinson J. The Corporate Practice of Medicine. Competition and Innovation in Health Care. London: University of California Press; 1999.
15. Freidson E. Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. New York: Atherton Press; 1970.
16. Sousa Campos G. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. *Cad. de Saúde Pública* 1998; 14(14): 863-870.
17. Harpole L, Kelle M, Schreiber G, Toloza E, Kolimaga J, McCrory D. Assessment of the Scope and Quality of Clinical Practice Guidelines in Lung Cancer. *CHEST* 2003; 123: 7S-20S.
18. Field M, Lohr K. Guidelines for Clinical Practice: From Development To Use. Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academy Press; 1992.
19. Enthoven A. Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda. *Health Care Financing Review* 1986; (Spec No): 105-119.
20. Enthoven A. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance (Professor Dr F De Vries Lectures in Economics). North-Holland; 1988.
21. Enthoven A. History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs* 1993; 12 (1): 24-48.
22. Enthoven A. The market-based reform of America's Health care Financing and Delivery System: Managed Care and Managed Competition. In: *Innovations in health care financing*:

- proceedings of a World Bank conference; 1997.
23. Báscolo E, Sánchez de León A. Reformas en el sector público: ¿es necesario introducir condiciones de competencia para el desarrollo de un modelo de mercado interno? *Revista Gestión en Salud* 2001;1:90-97.
  24. Báscolo E. Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina. Serie Estudios para el Desarrollo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Unidad de Estudios del Desarrollo; 2009.
  25. Hardy C, Philips N, Lawrence T. Resources, Knowledge and influence: The organizational effects of interorganizational collaboration. *J MANAGE STUD* 2003; 40(2):321-347.
  26. Sicotte C, Champagne F, Contrandriopoulos A, Barnsley J, Béland F, Leggat, S, et al. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research: an official journal of the Association of University Programs in Health Administration* 1998; 11 (1): 24-48.
  27. Báscolo, E. Los Aportes de la Economía de la Salud al Debate de los Derechos de la Salud. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Buenos Aires: CEDES; 2003.
  28. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. de Saúde Pública* 2002; 18 (4).
  29. Telyukov A, Novak K, Bross C. Provider Payment Alternatives for Latin America: Concepts and Stakeholder Strategies. LAC HSR. Health Sector Reform Initiative; 2001. 59p.
  30. Báscolo E, Yavich N. Governance and the effectiveness of the Buenos Aires public health insurance implementation process. *J Ambul Care Manage* 2009; 32(2):91-102.
  31. Fuchs V. The future of health economics. *Journal of Health Economics* 2000; 19: 141-157.
  32. Belmartino S. Nuevas reglas de juego en los servicios de salud. ¿Quién será el árbitro?. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1999.