



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Báscolo, Ernesto

Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 6, junio, 2011, pp. 2763-2772

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63019110015>

- 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 y economía política de las políticas de APS en América Latina

Governance and political economy of PHC policies in Latin America

Ernesto Báscolo ¹

Abstract *The development of implementation processes of PHC policies in Latin America, is a challenge yet to be tackled. It is necessary to acknowledge the political economy related to the implementation processes of PHC policies in Latin America from a governance perspective, characterized by the regulatory strategies used and the political processes. The promotion of social values, organizational policies or the introduction of new financial incentives are components of different forms of governance used in health system reforms. The institutional factors of social protection systems in Latin America are considered. Their potential, redistribution limitations and the political economy disputes of the reform strategies are explained by the conflict between the economic and related interests and values of the actors involved. This dynamic of the political process influences regulatory modes inherent in the processes of implementation of PHC policies. The State's governing capacity and levels of health system segmentation impinge on the effectiveness of reform strategies for resolving the conflicts in the policies implemented.*

Key words *Governance, Healthcare policies, Primary healthcare*

Resumen *El desarrollo de los procesos de implementación de las políticas de APS en América Latina sigue siendo un desafío pendiente. Es necesario reconocer la economía política de los procesos de implementación de las políticas de APS desde una perspectiva de gobernanza, caracterizada por las estrategias de regulación promovidas y los procesos políticos. La promoción de valores sociales, normas organizacionales o la introducción de nuevos incentivos económicos serán componentes de diferentes modos de gobernanza promovidos en las reformas de los sistemas de salud. Se consideran los factores institucionales de los sistemas de protección social en AL, sus capacidades, limitaciones redistributivas y las disputas de economía política presentes en las estrategias de reforma, explicadas por la conflictividad entre los intereses (económicos y necesidades) y valores presentes en los actores involucrados. La forma en cómo se dirimen este proceso político influye sobre los modos de regulación instalados en los procesos de implementación de las políticas de APS. La capacidad de rectoría del Estado y los niveles de segmentación de los sistemas de salud condicionan la efectividad de las estrategias de reforma para dirimir la conflictividad de las políticas implementadas.*

Palabras clave *Gobernanza, Políticas de salud, Atención primaria de la salud*

¹Maestría de Gestión en Sistemas y Servicios de Salud, Departamento de Gestión del Instituto de la Salud Juan Lazarte, Universidad Nacional de Rosario. España 401, segundo piso, Ciudad Rosario. Código 2000 Provincia de Santa Fe Argentina. ebascolo@gmail.com

Introducción

Aunque actualmente existe un amplio consenso sobre los beneficios de la promoción de un sistema de servicios de salud integrado y basado en la APS, el desarrollo y la efectividad de los procesos de implementación de estas iniciativas siguen siendo un desafío pendiente en los sistemas de salud de la región¹. Para comprender estas dificultades, es necesario reconocer los procesos políticos responsables de la producción institucional de los sistemas de salud, la conformación de sus normas sociales, la regulación y coordinación del sistema de servicios y la definición de los criterios de asignación de recursos en su interior.

Generalmente se promueven innovaciones en los modos de gobernanza de los sistemas de salud como atributos institucionales “recomendables” que puedan definirse exógenamente, y que favorecerán mejoras en el desempeño de los servicios. Sin embargo, los procesos de implementación y desarrollo de las políticas de APS están plagados de conflictos de economía política. La forma de cómo los procesos políticos dirimen estas disputas condiciona tales modos de gobernanza y su influencia sobre el sistema de servicios de salud. De esta forma, la configuración de los modos de gobernanza es un resultado endógeno a los procesos políticos, y no ajenos a los mismos^{2,3}.

El objetivo de este trabajo es identificar estos conflictos de economía política que se presentan en los procesos de implementación de políticas de APS en América Latina desde una perspectiva de gobernanza. El trabajo sistematiza los problemas que fundamentan y condicionan las innovaciones contenidas en las reformas de los sistemas de salud. A continuación, se presenta una propuesta de marco conceptual para analizar la economía política de las políticas de APS. Finalmente, se presenta una conclusión con los aportes y potencialidades de este abordaje analítico.

Problemas y estrategias

La trayectoria de las políticas e iniciativas de APS en diversos países de América Latina ha tenido visiones diferentes sobre la concepción de APS durante las últimas décadas⁴. Estas visiones han asumido diferentes valores, desafíos, actividades y servicios comprometidos en sus respectivas estrategias. Sin embargo, en la última década se ha puesto énfasis (nuevamente desde Alma Ata) sobre una perspectiva de una APS integral, integrada y con influencia sobre la organización del sis-

tema de servicios de salud. Esta visión asume ciertos requerimientos (o exigencias) organizativos e institucionales para lograr una configuración adecuada del modelo de APS que debería ser desarrollado.

El problema que ha sido reconocido como fundamento de las políticas de reforma de los sistemas de salud y en gran medida en las iniciativas de políticas de desarrollo de la APS, estuvieron basados sobre la necesidad de modificar tanto aspectos institucionales⁴, responder a las condiciones sociales (exclusión en salud) de la población y mejorar la efectividad de los servicios de salud (especialmente sobre los problemas de accesibilidad, calidad y eficiencia de los servicios)⁵. En este marco, la regulación y coordinación de los procesos de producción de servicios de salud, se han presentado como desafíos pendientes y presentes en la configuración de los sistemas de salud.

De esta forma, gran parte de las reformas implementadas en los sistemas de salud en los países de la región de América Latina han puesto énfasis en producir cambios en la forma de provisión de los servicios de salud a través de nuevos arreglos organizacionales, con innovaciones en la “coordinación” de la provisión de servicios de salud, con una variedad de combinaciones instrumentales que integran incentivos y normas asistenciales. Diferentes mecanismos se han implementado para producir cambios de las estructuras institucionales inherentes de los procesos de reforma sectorial, promoviendo nuevas formas de regulación, incentivos, y responsabilidad a los proveedores de servicios de salud para mejorar su desempeño. Estas reformas han incluido la participación de actores de la sociedad civil y nuevas formas de control social sobre los procesos decisorios involucrados en los procesos de implementación de políticas.

Sin bien, los países desarrollados, y en especial los países Europeos han iniciado reformas de los procesos de coordinación de los servicios, estos cambios se han hecho en un marco de políticas universales de salud⁶ y con el desarrollo de una estructura burocrática del estado con capacidades que garantizan su rol de rectoría en el sistema de salud.

En cambio, en América Latina, las reformas se han producido en el marco de sistemas de salud segmentados, y con escasa o limitada capacidad redistributiva del gasto público en salud⁷. Otro rasgo estructural es la debilidad del Estado en el ejercicio para ejercer como autoridad sanitaria la función de rectoría para orientar y regular al sistema de salud⁸. Ambas situaciones re-

presentan condicionantes sobre la forma en que se produce y dirige el proceso político de desarrollo de la APS, así como también la efectividad de las innovaciones promovidas.

Asimismo, el desarrollo de una política de APS con capacidad para dar respuesta a las necesidades de salud de la población en condiciones de exclusión social en salud en América Latina, requiere movilizar suficientes recursos fiscales para invertir en el desarrollo de la estructura de servicios de salud y en un marco de sistemas públicos de salud con escasa capacidad redistributiva¹. Por esta razón, los desafíos de coordinación o regulación de los servicios de salud en la provisión de servicios de políticas sociales se producen en el marco de las dificultades que atraviesan la cuestión redistributiva de las mismas. La economía política del modelo de financiamiento del sistema de salud comprende la conflictividad de intereses entre los contribuyentes, beneficiarios y proveedores de los servicios de salud⁹. El contexto particular de segmentación o integración de los sistemas de seguridad social y sector público, la magnitud y la capacidad redistributiva del gasto en salud, y los sistemas fiscales que determinan las relaciones entre los distintos niveles de gobierno (nación, provincia y municipios) son componentes del modelo de financiamiento¹⁰.

De esta forma, los problemas asociados con el desarrollo de políticas de APS en América Latina se vinculan tanto con problemas redistributivos (vinculado al sistema de protección social y su modelo de financiamiento de los servicios de salud), como con aspectos de coordinación (o regulación) en la provisión de los servicios de salud.

La utilización de la gobernanza en el análisis y propuestas de reforma

El análisis sobre las reformas institucionales de los sistemas de salud ha incorporado el concepto de gobernanza utilizado desde diferentes perspectivas. Se sistematizan tres alternativas: (1) basados sobre atributos institucionales, (2) focalizado en la regulación de los procesos de producción de servicios de salud y (3) como análisis de los procesos de cambio del sistema de servicios de salud.

En el primer caso, con un abordaje de gobernanza basado en la relevancia del marco institucional como condicionante del desempeño de los servicios, se han promovido ciertos atributos en las innovaciones institucionales en el sistema de salud¹¹.

Los conceptos de gobernanza democrática y participación de los usuarios se asocian a una mayor responsabilidad social (accountability) por parte de gestores, políticos y proveedores a las necesidades de servicios de salud de la población. También se han promovido mecanismos de anticorrupción, para garantizar la transparencia y una menor asimetría de información entre los actores. Complementariamente, nuevos incentivos económicos a los proveedores buscan producir una actitud de mayor "responsabilidad".

Una segunda forma de utilización de gobernanza está centrada en los mecanismos de regulación sobre la conducta de los actores involucrados en los procesos de producción de servicios de salud y en la definición de sus mecanismos de coordinación¹². En este abordaje, se caracterizan diferentes modos de gobernanza en función de los mecanismos de regulación utilizados^{2,13}.

Por último, el concepto de gobernanza que utiliza este trabajo corresponde a una perspectiva orientada de "proceso" de cambio de los sistemas de servicios de salud, que reconoce la emergencia de nuevos modos de gobernanza y los procesos políticos que los sustentan¹⁴⁻¹⁷. Se analizan los problemas de economía política de los procesos de formulación e implementación de las reformas de salud, los principales actores involucrados, sus intereses, valores y su influencia en la producción institucional del sistema de salud.

La gobernanza de la economía política del desarrollo de sistemas integrados de salud basados en APS

En este trabajo se utiliza una perspectiva dialéctica entre actores e instituciones¹⁸, para explicar la producción institucional de la configuración del desarrollo de la atención primaria de la salud presente en las diferentes iniciativas de los sistemas de salud de América Latina. En este caso, la producción institucional se refiere a la definición de las "reglas del juego" establecidas por las normas sociales y organizacionales (tanto formales como informales) que regulan el sistema de servicios de salud¹⁹.

La diversidad de reformas de los servicios de salud puede reconocerse en función de las estrategias e innovaciones producidas en términos de los modos de gobernanza implementados, las visiones de APS asumidas, las condiciones y consecuencias políticas, simbólicas y en su efectividad en cambios sustantivos alcanzados en la organización de los servicios de salud²⁰.

Se sistematiza este abordaje a partir de tres dimensiones de análisis: (1) los modos de gobernanza que son promovidos en las políticas de reforma, (2) las “puestas en juego” de tales procesos, y (3) la constelación del liderazgo colectivo involucrado en la producción institucional.

Modos de gobernanza

Se toma una definición de 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***²¹. A partir de la identificación y caracterización de los mecanismos horizontales (de cooperación) y o verticales (de jerarquía) de regulación social se pueden 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. Se pueden reconocer los siguientes modos de gobernanza: mercado, jerarquía y clan²², para resolver las puestas en juego en términos de disputas de intereses y valores que están presentes en el desarrollo de una política de APS².

Rodríguez y colegas¹⁸ consideran 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. Se analiza 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. 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 sociales²².

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 intereses y valores, vinculada con el proceso social bajo estudio. Los modos de gobernanza y proceso político de cambio institucional serán parte de un análisis integral y dialéctico que está presente en los procesos de formulación e implementación de políticas de salud².

Los arreglos institucionales comprenden una compleja gama de mecanismos de regulación que

combinan normas sociales sobre diversas organizaciones y actores. Es posible reconocer algunas características de los modos de gobernanza, considerando las especificidades de los servicios de salud, con alta autonomía de los profesionales y un marco de poder compartido en el mapa de actores involucrados.

El “modo de gobernanza normativo” se basa en mecanismos de regulación que buscan estandarizar los procesos de producción a través de la especificación de los productos, procesos y o habilidades necesarios²³. Este modelo puede extenderse a la regulación que se produce entre organizaciones, con creación de nuevas entidades reguladoras en el contexto de una red, el rediseño de los bordes inter-organizacional, y la especificación de reglas formalizadas de interacción entre las organizaciones. Su aplicación en las políticas en APS se basa en normas asistenciales y organizacionales, incluyendo guías de atención, coordinación de servicios, el diseño de estructuras organizacionales y sistemas de evaluación. La normatización de las conductas de los profesionales es basa en la utilización de evidencia científica (medicina basada en evidencia) sobre decisiones asistenciales y la gestión de servicios¹⁸. En un marco de relativa autonomía de las decisiones clínicas se hace necesario condiciones de legitimidad profesional del proceso de construcción de estos instrumentos normativos a fin de garantizar su aplicación y efectividad.

El “modo de incentivos de gobernanza” procura orientar la conducta de los actores a través de incentivos explícitos^{24,25}. Se incentivan las conductas profesionales individuales a través de modelos de asignación de recursos y formas de pago (tales como presupuestos por resultados, contratos de gestión, pago per cápita, por servicio, por desempeño). Este abordaje parte del supuesto de la relevancia de conductas potencialmente “oportunistas” de los profesionales (sus intereses) y vulnerables al diseño de los “correctos” incentivos que los contiene.

El “modo de gobernanza basado en valores” promueve la colaboración y compromiso de los actores involucrados con la misión de la organización a través de la construcción de una visión común²⁶. En un escenario de alta autonomía profesional, la promoción de mecanismos de socialización y construcción de valores sociales compartidos es un proceso complejo y problemático. Los mecanismos de coordinación utilizados 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 trabajo². Desde la declaración de Alma Ata^{27,28} se han enfatizado premisas valorativas asociadas con la equidad, la inclusión social y la salud como derecho, asumiendo y promoviendo la legitimidad de estos valores sociales. Asimismo, la promoción de la participación social de la comunidad en las estrategias de APS en AL se ha considerado un atributo normativo valorado en sí mismo²⁶.

Las puestas en juego del proceso político

El análisis de gobernanza de innovaciones organizacionales incorpora una perspectiva dinámica de la economía política presente en la puja y producción de normas sociales^{2,29}. Los modos de gobernanza son producto de la conflictividad de esta producción política y social, y por lo tanto serán medios (formas de regulación) de las estrategias de los actores relevantes. 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 análisis del proceso político de esta producción institucional puede sistematizarse en función de las “puestas en juego”¹⁹ que incluye la disputa de intereses y valores en conflicto. Los actores que integran la gestión de agencias del estado, los profesionales, sus corporaciones y las organizaciones en donde trabajan, los gestores y la comunidad se expresan como actores con intereses, valores y poder divergente. Por esta razón, el análisis de la construcción institucional se basa en reconocer la relación entre modos de gobernanza y procesos políticos. El proceso político está representado por el proceso decisorio de determinación de reglas del juego, que se define en un marco de puestas en juego que dirimen los intereses y valores de los actores involucrados.

Configuración de liderazgo colectivo

En un contexto fragmentación y debilidad de rectoría de las autoridades sanitarias, los procesos de implementación de APS se presentan como situaciones de “ambigüedad” y “anarquía organizada”³⁰, en donde el poder tradicional de la jerarquía es limitado y donde los objetivos y las tecnologías son no claros. En estos escenarios,

los acuerdos y objetivos son problemáticos y los actores individuales con un espacio formal de autoridad no tienen el poder suficiente para orientar la dirección estratégica. Hodgson *et al.*³¹ introducen el concepto de constelación del liderazgo colectivo para reconocer la trama de relaciones estratégicas entre aquellos actores que dan soporte y producen el proceso de cambio. El liderazgo será más efectivo en función de la conformación de esta trama, lo cual depende de su especialización, diferenciación y complementariedad. La especialización se refiere a la adopción de roles que se focalizan sobre áreas relativamente específicas. La diferenciación concierne a la división de roles para asegurar que no se produzca superposición de roles entre diferentes miembros del equipo de acuerdo al dominio de cada uno. Complementariedad refiere a la forma de coordinación entre los diferentes miembros. Peter Evans³² tiene un abordaje similar, reconociendo al liderazgo colectivo como “agente de cambio”. De esta forma, se reconoce como atributos indispensables su coherencia interna y su capacidad de enraizamiento con el resto de actores involucrados en el mapa político, tanto interno como externo a la organización.

El proceso político de desarrollo de la APS está condicionado por la configuración del liderazgo colectivo que logran conformar las autoridades sanitarias en los países de AL y sus capacidades técnicas (con especialización, diversificación y complementariedad) y políticas (con alianzas sustentables con otros actores de la sociedad civil). Los escenarios de descentralización, debilidad de las capacidades de las agencias públicas y fallas en la articulación entre diferentes jurisdicciones y agencias debilitan el rol estratégico de las autoridades sanitarias para conformar una configuración de liderazgo colectivo conforme a los desafíos de las políticas de cambio.

Discusión

Si bien es posible reconocer que los modos de gobernanza pueden considerarse como mecanismos de regulación utilizados para resolver los problemas de economía política entre actores con diferentes intereses y valores, representan también el resultado del proceso político presente en el proceso de formulación e implementación de políticas de APS. Por esta razón, es el proceso político y los actores estratégicos que lo sustentan las dimensiones centrales para entender los avances y limitaciones de las innovaciones insti-

tucionales de los sistemas de salud en AL para promover sistemas integrados de APS y con inclusión social.

En esta sección se presenta una discusión sobre las principales puestas en juego que atraviesan los procesos políticos de APS en AL. Se consideran cuáles son las principales disputas en términos de recursos y valores, sus principales condicionantes y su expresión y relación con los modos de gobernanza empleados en tales iniciativas.

Valores en disputa

Una de las puestas en juego de los procesos políticos actuales es la tensión entre una concepción de la salud como derecho versus una perspectiva ligada a la salud como necesidades de consumidores con acceso a servicios de salud en función de su capacidad de pago^{3,5}. Esta disputa se refiere a la naturaleza de las políticas de salud como política social del Estado, y por lo tanto, se relaciona con su capacidad redistributiva.

La segmentación de los sistemas de salud en América Latina (con diferentes modos de aseguramiento y cobertura) representa una restricción inicial que se sustenta por actores (beneficiarios, con sus agrupaciones y las corporaciones de profesionales) que perciben que la construcción de un sistema público y universal como amenaza sus propios intereses económicos. Asimismo, los sistemas segmentados se conforman con diferentes organizaciones con un poder político relevante en el sistema de salud. Cualquier intento de integración o incluso de concentración de recursos, supone cambios relevantes en la distribución del poder, lo que representa otro impedimento para favorecer sistemas universales y políticas de APS a toda la población.

El modelo de clan ha sido el modo de gobernanza que ha promovido la resolución de esta puesta en juego a favor de una concepción de la salud como ciudadanía. Sin embargo, su influencia para sostener un proceso político es limitada en un escenario en donde actores con intereses y poder en juego perciben amenaza de sus posiciones. Aquellos países con procesos políticos que lograron una fuerte legitimidad para reformar el modelo de financiamiento y consolidar un sistema de protección social universal se han basado sobre procesos políticos o oportunidades fundacionales en la definición de la estructura institucional del sistema de salud. Para los países que provienen de una trayectoria pasada con fuertes segmentación y desigualdad, es necesario un proceso político sostenido por una constelación de

liderazgo colectivo articulado e integrado al desarrollo del Estado en su función de rectoría y regulación, y con el apoyo y participación de grupos de profesionales y la sociedad civil.

Autonomía profesional y regulación de la provisión de los servicios

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^{25,33}.

Sin embargo, esta disputa tiene diferentes facetas entre los actores involucrados. En primer lugar, la autonomía profesional que tradicionalmente mantenían los médicos se enfrenta a la amenaza de los nuevos marcos de regulación de la práctica profesional y del funcionamiento de los servicios de salud.

Un primer mapa político se dibuja en la posición relativa entre agencias de regulación y profesionales. Por un lado, las capacidades técnicas y políticas de las agencias de rectoría, regulación y gestión del sistema de servicios asumen un rol clave. Los escenarios de fragmentación del Estado y sus procesos de descentralización han tenido consecuencias desfavorables sobre la constelación de liderazgo alcanzada para ejercer aquellas funciones. Por otro lado, los intereses de autonomía de los profesionales dependen de la capacidad de organización de sus corporaciones, la resistencia y su influencia política para limitar estas innovaciones.

En segundo lugar, la disputa de regulación también se dirime en las relaciones de influencia entre profesionales y organizaciones de salud al interior del sistema de servicios de salud. El desarrollo de un sistema de servicios basados en APS requiere de una mayor influencia del primer nivel sobre el funcionamiento del resto del sistema. Esto implica un cambio en las relaciones de poder entre profesionales de centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad, con implicancias en el cumplimiento de los sistemas de referencia y contra-referencia, asignación de turnos y recursos.

Alterar la concepción tradicional de autonomía profesional representa un desafío que compromete valores profesionales instalados y legitimados socialmente durante décadas. Más aún,

ponderar el prestigio de los profesionales del primer nivel con poder para influir sobre decisiones relevantes de los profesionales y organizaciones del resto del sistema requiere una legitimación que sostenga un proceso de conflictividad entre los actores involucrados².

El modo de regulación que ha sido utilizado para influir sobre esta puesta en juego está asociado con el modo de gobernanza jerárquico, también llamado gobernanza clínica. Se valora la construcción de guías de atención reconociendo la participación de profesionales y las especificidades de cada escenario. Se busca mejorar la legitimidad técnica 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.

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 en 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.

Por esta razón, una estrategia de gobernanza clínica tendrá influencia favorable en el desarrollo de sistemas integrados de APS en la medida que en el proceso de producción de las normas asistenciales, participen activamente 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. Esta condición dependerá de su modalidad efectiva de aplicación de la gobernanza clínica y no simple-

mente de introducir medicina basada en la evidencia como instrumento de gestión. El desarrollo del liderazgo colectivo que debería estar involucrado en esta estrategia y con el propósito de desarrollar la APS, abarca a profesionales de la salud con capacidades técnicas para asumir estas funciones en espacios estratégicos de la gestión de las organizaciones de salud como en las agencias de regulación del sistema de servicios. En resumen, esta condición solamente podría ser factible en el marco de una constelación amplia de liderazgo colectivo, con referentes de APS con capacidades para interpretar la articulación de la producción científica y la gestión de los servicios y al mismo tiempo, ubicados en los procesos decisorios de espacios estratégicos del sistema de servicios de salud.

Puja distributiva de recursos al interior del sistema

La puja distributiva del sistema de salud abarca una disputa por los recursos económicos entre una gama amplia de actores integrada por profesionales, organizaciones de provisión de servicios y proveedores de insumos. Este marco está integrado por diferentes mercados con precios y remuneraciones determinados por diferentes mecanismos de regulación. En el contexto de restricción de recursos fiscales, la determinación de los recursos en un mercado tendrá incidencias sobre el resto del sistema³⁴.

El desarrollo de APS requiere de una inversión importante de nuevos recursos económicos al sistema de salud hacia el primer nivel de atención de la salud para garantizar capacidad resolutive suficiente y equipos de salud, cobertura horaria y una extensión geográfica suficiente para garantizar condiciones de accesibilidad. Sin embargo, producir estas inversiones requiere modificar el patrón de asignación de recursos entre las diferentes organizaciones y servicios de salud. Los actores que forman parte del sistema presionan para resolver sus propias demandas de recursos (económicos o de autoridad), lo cual atenta con la posibilidad de priorizar la asignación sobre las mejoras relativas de las inversiones en el primer nivel de atención.

Los modos de gobernanza orientados a dirimir esta puesta en juego no son claros. En términos ideales, una agencia de compra de servicios de salud podría tener capacidad para definir productos y precios relativos, con incentivos orientados a una inversión de recursos en función de un modelo de desarrollo de APS. Sin

embargo, muchas de las agencias de asignación de recursos en AL no tienen una estructura institucional necesaria y las decisiones de asignación futuras están influenciadas por la trayectoria previa de las inversiones de una estructura de servicios existente.

Modificar criterios de asignación y prioridades en inversiones requiere alterar las relaciones de poder entre los actores involucrados. Una primera condición es fortalecer la capacidad política y técnica de autoridades sanitarias involucradas en las decisiones de asignación de recursos, buscando garantizar coherencia entre los propósitos de las políticas de desarrollo de la APS y las prioridades presupuestarias y de inversiones. En segundo lugar, los actores del primer nivel, con intereses compatibles con las políticas de desarrollo de APS deberían ofrecer soporte de tales cambios, construyendo legitimación y estrategias políticas que convaliden estas nuevas trayectorias de asignación de recursos. La constelación de liderazgo colectivo que ofrece soporte, producción y aplicación de un modelo de asignación de recursos orientado al desarrollo de la APS debería incluir la participación de gestores en las decisiones presupuestarias y financieras para poder incidir tanto en los planes de inversión como en los precios y remuneraciones relativas que favorezcan el primer nivel de atención.

Por esta razón, los modos de gobernanza basadas en incentivos no explican la forma en cómo se dirime la puja distributiva. En cambio, deberían ser considerados como un reflejo de las decisiones y criterios utilizados. Cambios en las formas de pago, en los precios relativos o en la formulación de los productos podrían ser considerados como expresión de los cambios en el mapa político. Los incentivos económicos son vulnerables a la capacidad de influencia de los actores, más que instrumentos utilizados para dirimir la disputa distributiva. Es el proceso político de la puja distributiva que construye el modelo de gobernanza de incentivos resultante.

Conclusión

El desarrollo de sistemas de salud basados en APS se analiza a partir de la trama de “puestas en juego” a partir de la disputa por recursos económicos, valores sociales y la tensión entre regulación y autonomía profesional. 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.

La dinámica de cambio que supone el desarrollo de una política de APS integral e integradora del sistema de servicios de salud depende del proceso que dirime la puja de intereses y valores entre los actores involucrados y en especial del poder y capacidades de los actores estratégicos que sostienen este proceso político.

Aunque generalmente las reformas promueven atributos institucionales como soluciones a los problemas presentes en los sistemas de salud, en este trabajo hemos enfatizado que las innovaciones institucionales (consideradas como atributos positivos) están condicionadas sobre cómo operan efectivamente estos modos de gobernanza, y el proceso político que explican su desarrollo. En consecuencia, los modos de gobernanza no son soluciones exógenas que orientarán por sí solas la trayectoria de los sistemas de salud. Para facilitar los cambios de los sistemas de salud se requiere entender las puestas en juego que dirimen cómo emergen y toman forma estas innovaciones institucionales. Asimismo, es el proceso político y la conformación de actores estratégicos y en especial aquellos ubicados en espacios y agencias del Estado los factores con influencia sobre las implicancias de tales modos de gobernanza.

En América Latina, la segmentación de los sistemas de salud y con limitada capacidad redistributiva del gasto público en salud son factores claves, que sumados a la debilidad de ejercicio de la función de rectoría explica las dificultades de desarrollo de las políticas de APS en la región y en especial la forma en que se produce y dirime el proceso político de implementación de tales políticas de salud.

Una constelación de actores estratégicos que integren los espacios de gestión, regulación del Estado y profesionales y organizaciones insertas en la provisión de los servicios de salud son condiciones necesarias para dar sustento de configuraciones institucionales que efectivamente puedan dar cuenta de un desarrollo de APS integral e integrada.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2010.
2. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev Salud Pública* 2010; 12(1):8-27.
3. 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 Saude Publica* 2002; 18(4):905-925.
4. Londoño J, Frenk J. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997. (Documento de Trabajo, n. 353).
5. Levcovitz E, Acuña C. Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud. *Revista Gerencia y Políticas en Salud* 2003; 9(2):10-32.
6. Giovannella L. A Atenção Primária à Saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):951-963.
7. Cetrángolo O, Devoto F. Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual, CEPAL. [acessado 2011 abr. 29] Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/13041/SALUDEQYREF.pdf>. Organización de la salud en Argentina y equidad. Recuperado el 03/08/2009
8. Organización Panamericana de la Salud (OPAS), *United States Agency for International Development (USAID). Función rectora de la autoridad sanitaria nacional*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud (OPAS), *United States Agency for International Development (USAID)*; 2009. (Edición Especial nº 17).
9. Robert G. *Evans financing health care: taxation and the alternatives in funding health care: options for Europe*. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, editors. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2002.
10. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine* 1998; 47(10):1513-1527.
11. Kooiman J. *Modern governance: new government – society interactions*. London: Sage; 1993.
12. Williamson O. Comparative economic organisation: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly* 1991; 36(2):269-296.
13. Báscolo E, Yavich N. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Rev Salud Pública (Bogotá)* 2010; 12(1):89-104.
14. Scharpf F. *Games real actors play: actor-centered institutionalism in policy research*. Boulder: Westview Press; 1997.
15. 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.
16. Touati N, Roberge D, Denis JL, Pineault R, Cazale L, Tremblay D. Governance, health policy implementation and the added value of regionalization. *Healthcare Policy* 2007; 2(3):96-113.
17. Zurbruggen C. El institucionalismo centrado en los actores: una perspectiva analítica en el estudio de las políticas públicas. *Revista de Ciencia Política* 2006; 26(1):67-83.
18. Rodríguez C, Langley A, Béland F, Denis JL. Governance, power, and mandated collaboration in an interorganizational network. *Administration & Society* 2007; 39(2):150-193.
19. Hufty M, Báscolo E, Bazzani R. Governance in health: a conceptual and analytical approach to research. *Cad Saude Publica* 2006; 22(Supl.):S35-S45.
20. Báscolo E, Yavich N. Governance and the effectiveness of the Buenos Aires Public Health Insurance implementation process. *Journal of Ambulatory Care Management* 2009; 32(2):91-102.
21. 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.
22. Ouchi W. Markets, bureaucracies, and clans. *Administrative Science Quarterly* 1980; 25(1):129-141.
23. Mintzberg H. *The structuring of organizations: a synthesis or the research*. Nova Jérsei: Prentice-Hall; 1979.
24. Robinson J. *The corporate practice of medicine: competition and innovation in health care*. London: University of California Press; 1999.
25. Enthoven A. The market-based reform of America's health care financing and delivery system: managed care and managed competition. In: Shieber GJ, editor. *Innovations in health care financing proceedings of a World Bank conference*. Washington DC: World Bank; 1997.
26. Sousa Campos G. El anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. *Cad Saude Publica* 1998; 14(14):863-870.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *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*. Montevideo: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2005.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
29. Benson J. The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly* 1975; 20(2):229-249.

30. Denis JD, Lamothe L, Langley A. The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal* 2001; 44(4):809-837.
31. Hodgson RC, Levinson DJ, Zaleznik A. *The executive role constellation*. Boston: Harvard Business School Press; 1965.
32. Evans P. El Estado como problema y como solución. *Desarrollo Económico* 1996; 35(140):529-562.
33. Freidson E. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Atherton Press; 1970.
34. Katz J, Muñoz A. *Organización del sector salud: puja distributiva y equidad*. Buenos Aires: Bibliotecas Universitarias; 1988.

Artigo apresentado em 05/07/2010
Aprovado em 09/02/2011
Versão final apresentada em 14/03/2011