

Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina

Governance of PHC development in Rosario, Argentina

Ernesto Báscolo¹ y Natalia Yavich²

1 Universidad Nacional de Rosario. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario, Argentina. ebascolo@gmail.com

2 Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario, Argentina nyavich@gmail.com

Recibido 18 Octubre 2009/Enviado para Modificación 23 Diciembre 2009/Aceptado 18 Enero 2010

RESUMEN

Objetivo Describir el desarrollo de la política de APS promovida por el municipio de Rosario.

Métodos Se condujo un estudio de caso durante 2007 y 2008. Se recogieron datos de fuentes secundarias y primarias (entrevistas, censo organizacional y observaciones). Se identificaron etapas del desarrollo de la APS a partir del reconocimiento de las normas sociales que produjeron cambios institucionales y de la estructura, modelo de gestión y atención de los servicios de salud municipales. Se reconocieron y caracterizaron los modos de gobernanza (clan, jerárquico y/o incentivos) prevaletentes en cada etapa.

Resultados Se identificaron entre 1990 y 2008 cuatro etapas: 1990-1995/modo jerárquico: organización del primer nivel de atención con autonomía de los hospitales. 1995-2000/modo clan: desarrollo de los colegiados de gestión y la participación comunitaria. 2000-2004/modo clan: maduración del "movimiento de APS" en competencia con hospitales. 2004-2008/modo clan-jerárquico: crisis del "movimiento" y construcción de normas tendientes hacia el fortalecimiento de una red integrada.

Discusión El fortalecimiento y empoderamiento del primer nivel de atención produjo innovaciones que favorecieron: la consolidación de un "movimiento de APS" con fuerte compromiso social y una mejora en el desempeño de los servicios. El modo de gobernanza de clan (regulación de la acción colectiva a partir de la adhesión voluntaria a valores compartidos) fue crucial para el desarrollo de la APS entre 1995 al 2004. Más tarde, la fragmentación del movimiento y los desafíos de mejorar la integración del sistema requirieron del desarrollo de mecanismos de regulación jerárquicos complementarios al modo de clan.

Palabras Clave: Gobernanza, gobierno, atención primaria de salud, política de salud, toma de decisiones en la organización, modelos organizacionales, gestión en salud, innovación organizacional (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Describing the development of PHC policy as promoted by Rosario Municipality (Argentina).

Methods A case-study was carried out during 2007 and 2008. Data was collected from secondary and primary sources (interviews, organisational census and observations). PHC development stages were identified by recognising the social norms which produced institutional change and transformation in municipal health services structure and health care and management models. The prevailing modes of governance in each stage were recongnised and characterised (clan, hierarchy and/or incentives).

Results Four stages were identified between 1990 and 2008: 1990-1995/hierarchical mode: primary health care level organisation autonomied from hospitals. 1995-2000/ clan mode: developing of participatory managerial boards and community participation. 2000-2004/ clan mode: maturation of the "PHC movement" in competition with hospitals. 2004-2008/ clan-hierarchical mode: "movement's" crisis and constructions of norms tending towards enhancing an integrated network.

Discussion Strengthening and empowering first-level health-care produced innovation favouring: the consolidation of a "PHC movement" having strong social commitment and improved services performance. The clan governance mode (regulating collective action via voluntary adhesion to shared values) was crucial for developing PHC between 1995 and 2004. Later on, the movement's fragmentation and the challenges of integrating the health system required developing hierarchical regulation mechanisms to complement the governance clan mode regulation.

Key Words: Governance, government, primary health care, health policy, decision making, organisational models, health management, organizational innovation (*source: MeSH, NLM*).

La capacidad del Estado para implementar políticas públicas tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, constituye desde hace más de dos décadas una gran preocupación (1-7). Recientemente, se ha empezado a poner en el centro de la escena el análisis de las implicaciones de los procesos de acción colectiva sobre el diseño e implementación de las políticas públicas (8-14). Diversos autores han utilizado el concepto de gobernanza (14), governance (11) o microgovernance (12) para referirse a la forma que asume la acción colectiva en torno a la implementación de las políticas y sus implicaciones sobre la definición de normas institucionales y organizativas. Desde esta perspectiva, se pone especial atención sobre la interacción de los actores involucrados y afectados por la implementación de las políticas, ya que se considera a esta interacción como el locus de producción y legitimación de normas sociales que delinear los mecanismos institucionales y organizacionales a través de los cuales se desarrollan las políticas.

Este artículo tiene como objetivo describir los vínculos entre los procesos de implementación de las políticas de atención primaria de la salud (APS) promovidas por la Secretaría de Salud del Municipio de Rosario y los cambios en la organización y la estructura de los servicios de salud municipales entre

los años 1990 y 2008. Mediante este trabajo se espera contribuir a la comprensión de las implicaciones de la gobernanza de los procesos de implementación de las políticas de APS en América Latina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre mayo de 2007 y septiembre de 2008 se condujo un estudio de caso con el propósito de construir una "teoría del proceso" que permitiese describir el proceso de desarrollo de la política de APS en Rosario y los cambios institucionales y de la estructura, modelo de gestión y atención de la red de servicios municipales de salud producidos a raíz del mismo (15,16). Para ello fueron recolectados datos de fuentes secundarias tales como documentos oficiales -ej. presupuestos, organigramas y estadísticas-, publicaciones académicas y literatura gris. Fueron entrevistados 4 directores de APS de la Secretaría de Salud de Rosario y otros tomadores de decisiones vinculados a la gestión de la dirección de APS (en total fueron entrevistadas 10 actores clave). Se condujo un censo organizacional de centros de salud de primer nivel de atención (CS) municipales a través del cual se recogió información relativa a la estructura y organización de los servicios (17). Se produjeron registros vinculados a observaciones participantes y no participantes en reuniones e instancias de gestión, de trabajo académico/pedagógico con miembros de la dirección de APS y trabajadores de diversos CS y hospitales del municipio que participan de la Maestría de Gestión en Sistemas y Servicios de Salud del Instituto de la Salud Juan Lazarte en calidad de alumnos o docentes. También se realizaron observaciones en instancias de discusión del diseño y resultados de la investigación con autoridades y equipos de salud de la red de servicios de salud municipal. Las entrevistas y talleres fueron grabados y transcritos en su totalidad.

Los textos fueron analizados utilizando la técnica de análisis de contenido. La estrategia de análisis consistió en la descomposición de los eventos en una serie de etapas sucesivas, o "temporal bracketing strategy" (15). Bajo este abordaje fueron reconocidas distintas etapas del proceso de desarrollo de la APS. Las etapas fueron delineadas a partir de la identificación de hitos en el desarrollo de la APS que generaron cambios cualitativos en normas sociales (formales o informales) que produjeron innovaciones institucionales y cambios en la estructura, modelo de gestión y de atención del sistema de servicios de salud municipal. Para fortalecer la confiabilidad del análisis, distintos investigadores en forma independiente identificaron los eventos pertinentes y los organizaron cronológicamente en etapas. Posteriormente se contrastaron, discutieron e integraron los análisis bajo una única interpretación.

El proceso de cambio institucional y organizacional generado por el desarrollo de la política de APS municipal fue caracterizado considerando los modos de gobernanza jerárquico o burocrático, de incentivos y de clan. La gobernanza fue comprendida como el conjunto de arreglos a través de los cuales el poder y la autoridad son ejercidas en el ámbito público y privado a través de mecanismos regulativos y normativos, formales o informales (18). Los modos de gobernanza se distinguen en función del tipo de normas sociales en juego y su forma de regular las brechas de objetivos entre las organizaciones y los actores. El modo de gobernanza jerárquico se basa en mecanismos de regulación soportados por reglas y normas burocráticas de la organización. Los modos de gobernanza basados en incentivos tienden a orientar los intereses de los individuos y grupos, buscando su coherencia con los objetivos de la organización. El modo de clan se basa en la regulación de la acción colectiva mediante la existencia de una visión y valores (meta-normas o premisas y principios que orientan el comportamiento de los actores definiendo criterios y valores estructurales) compartidos entre los individuos y la organización (11,19-22).

Este trabajo fue realizado en el marco de un estudio de casos múltiple aplicado en tres municipios de la Argentina y dos de Bolivia. La investigación fue llevado a cabo gracias al apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (CIID) (23). Este documento fue presentado y validado en enero de 2010 con actores y autoridades de salud partícipes en el proceso de desarrollo de la política de APS municipal de Rosario.

RESULTADOS

Breve descripción de Rosario

Rosario es la ciudad más grande de la provincia de Santa Fé. Actualmente alberga a cerca de 1 000 000 de habitantes de los cuales el 13 % vive en un asentamiento irregular o villa de emergencia (24). El sub-sistema de salud público de Rosario provee servicios de salud gratuitos a toda aquella persona que lo demande -el 40% de la población no cuenta con cobertura de salud- mediante una red de servicios co-financiada y gerenciada por el gobierno municipal y el provincial. La red de servicios provincial en Rosario consta de cuatro hospitales y 30 CS. El municipio tiene a su cargo 50 centros de salud, 7 hospitales, un centro de especialidades médicas ambulatorias y un instituto de rehabilitación.

Desarrollo de la estrategia de APS en Rosario

El año 1990 es considerado como el principio de la construcción de una política de APS entendida como estrategia organizadora del sistema. A partir de este momento la APS en Rosario transcurre por diversas etapas (Tabla 1) en el marco de las cuales se construyen nuevos valores y se introducen innovaciones en la organización y estructura de los servicios. A continuación se describe cada etapa.

Tabla 1. Etapas del desarrollo de la APS

Período	Rasgos característicos del modelo de gestión y atención en cada etapa.
Previo a 1990	CS aislados, dependientes jerárquicamente de los hospitales, con escasos recursos, legitimidad y respuesta a la demanda de la población.
1990-1995	Dirección de APS con autonomía en la conducción de los CS. Mayor cumplimiento de normas de trabajo. Extensión de los lugares y horarios de atención. Ampliación de los equipos de salud y aumento de la capacidad resolutive de los CS.
1995-2000	Desarrollo de mecanismos de participación de los trabajadores de la APS en la gestión, de la autonomía, gestión local y comunicación entre CS. Extensión de los lugares de atención y capacidad resolutive de los CS.
2000-2004	Desarrollo de mecanismos de articulación con hospitales. Equipos de salud del primer nivel con población a cargo. Priorización de la asignación de recursos hacia el 1er nivel de atención vs hospitales.
2004-2008	Formalización de mecanismos e instancias de coordinación entre niveles de atención y entre las estructuras de conducción del sistema con fuerte influencia del 1er nivel sobre el sistema de servicios.

Período previo al desarrollo de una política de APS

Durante el período previo a 1990, los hospitales eran reconocidos como espacios de saber y formadores de recursos humanos. El primer nivel estaba constituido por "centros periféricos" o "dispensarios" -ubicados en áreas cercanas o al interior de asentamientos informales- dependientes de los hospitales. El trabajo en APS era concebido como sinónimo de desprestigio profesional, simple, rutinario y falto de interés científico. Una parte importante de los recursos humanos del primer nivel estaba conformada por los "castigados":

"(...) los que tenían conflictos en los hospitales, o tenían algún sumario, o una descalificación de cualquier tipo, no sólo los médicos, si no también los enfermeros por ejemplo, iban a parar a los CS, donde no molestaban, donde quedaban medio al margen." Entrevista del 26 de junio de 2008. Primera directora de APS.

Los CS tenían como propósito constituirse en la puerta de entrada de la población marginal y en "orientadores" de la población hacia el "hospital base". La capacidad organizativa y visibilidad de los trabajadores del primer nivel de atención eran bajas. Dado que la oferta de servicios de primer nivel era reducida los hospitales constituían el principal receptor de la población demandante. La población objetivo estaba dada por los "indigentes médicos". La vinculación entre profesionales del primer y segundo nivel de atención se basaba sobre tramas de relaciones informales. El trabajo multidisciplinario era excepcional y por regla general, los profesionales no médicos se encontraban subordinados jerárquicamente a los médicos (25).

El modelo de atención municipal se caracterizaba por un fuerte énfasis hacia la atención de enfermedades infectocontagiosas y de la salud materno infantil con una orientación asistencial y curativa con una escasa atención hacia el desarrollo de acciones de rehabilitación, seguimiento, prevención, promoción y trabajo sobre determinantes sociales de la salud (26). El funcionamiento de los servicios estaba reglamentado mediante normas técnicas, asistenciales y burocráticas con débil capacidad de regulación efectiva.

Génesis de un proceso de cambio (1990-1995)

Pese a que hacia 1990 la Secretaría de Salud municipal no tenía una visión de APS como estrategia organizadora del sistema, comenzó a robustecer el primer nivel de atención con el fin de mejorar las condiciones de acceso y fortalecer los lazos con la comunidad. Bajo el primer gobierno del partido socialista (1989-1995) -el cual se ha mantenido, a través de sucesivas gestiones, en el gobierno de la Ciudad hasta la actualidad- se creó la dirección de APS. Paralelamente se comienza a ampliar el primer nivel de atención mediante la construcción de CS y el establecimiento de acuerdos con organizaciones comunitarias para brindar atención en sus instalaciones. Hacia 1995 ya existían poco menos de 30 CS.

La creación de la Dirección de APS, bajo la dependencia de la dirección de atención médica con una asignación presupuestaria definida implicaba un punto de corte con el modelo hospitalocéntrico. Pese a estos avances, las compras debían ser autorizadas a través de la dirección de atención médica, cuya gestión giraba en torno a los problemas de los hospitales. En este marco la dirección de APS, construye un vínculo informal y directo con el Secretario de Salud -Hermes Binner, actual gobernador de la Provincia de Santa Fé-, hasta que en el año 1993 se formaliza este apoyo a través de la creación de

una unidad administrativa con dependencia directa del Secretario de Salud. Esta situación favorece el crecimiento del primer nivel de atención pese a la falta de apoyo por parte de otras dependencias de la Secretaría.

Con el apoyo político del Secretario de Salud la dirección de APS comienza un intenso trabajo orientado a transformar el primer nivel. Con la finalidad de mejorar su capacidad resolutoria, las condiciones de accesibilidad y alinear su funcionamiento bajo los principios de la APS, se introducen una serie de normas e innovaciones organizacionales, tales como: mecanismos de control de la modalidad de entrega de turnos y del cumplimiento del horario de trabajo, introducción de un sistema básico de registro de prácticas y abastecimiento y control de la utilización y stock de insumos. La principal resistencia a estos cambios provino de los médicos, reticentes a perder su autonomía en el manejo de los horarios y forma de trabajo de los CS.

La integración de médicos y otros profesionales de la salud con fuerte orientación hacia la APS y con un nivel profesional más alto resultó central. El hecho de haber integrado médicos con residencia no sólo mejoró la calidad de la atención y el nivel de resolución de los CS, sino que facilitó la relación con los profesionales de los hospitales, otrora compañeros de residencia y/o ex compañeros de trabajo. Estos profesionales, paulatinamente fueron constituyéndose en un actor colectivo con significativa fuerza política no partidaria. Con la incorporación de estos profesionales asimismo se logró que el horario de atención de los CS se extendiese aún más. La creación de instancias de formación (ej. la residencia de medicina general, el programa de capacitación permanente y los cursos de posgrado del Instituto de la Salud Juan Lazarte) acompañó y fortaleció este proceso.

Otros aspectos medulares de este período fueron la construcción de normas de asignación de recursos entre CS y de regulación de la participación de las organizaciones comunitarias en los CS. Las vecinales eran actores con mucho poder y capacidad organizativa. Eran propietarias de la estructura de la mitad de los CS municipales y contaban con un fuerte respaldo del partido socialista. Estaban agrupadas en una federación desde la cual discutían los proyectos municipales. La regulación de su participación en los CS introdujo cierta tensión con la dirección de APS, quien se oponía al cobro de bonos contribuciones por parte de vecinales y cooperadoras y disputaba la definición de los mecanismos de gestión de turnos, promoviendo prácticas que garantizaran la equidad en el acceso. Si bien ciertas vecinales trabajaban orientadas bajo los valores de la equidad:

"En general los centros vecinales tenían esto de la discriminación, porque los que estaban a cargo de las vecinales eran gente del barrio, del propio barrio y discriminaban a la gente marginada de las villas de emergencia (...)" Entrevista del 26 de junio de 2008. Primera directora de APS.

Fortalecimiento de una APS, participativa y comunitaria (1995-2000)

Durante los períodos electorales de 1995-1999 y 1999-2003 asume la intendencia de Rosario, Hermes Binner, otrora aliado estratégico de la dirección de APS, durante su mandato como Secretario de Salud (1989-1993). En este marco, se presta el apoyo político necesario para dar continuidad y profundizar el desarrollo de la estrategia de APS.

Durante este período continúan creciendo los recursos asignados al primer nivel de atención -aunque no en detrimento de hospitales, ya que se produce un aumento general del gasto municipal en salud. Los recursos humanos asignados a los CS siguen creciendo y se realizan inversiones para mejorar la capacidad resolutoria de los CS. Sin embargo, el "movimiento de APS" comienza a disputar a los hospitales el monopolio en la definición de normas de funcionamiento del sistema, con lo cual se genera cierta conflictividad.

En este período se producen grandes cambios al interior del primer nivel: la estructura funcional de la dirección de APS se organiza en coordinaciones de distrito, los programas verticales que se ejecutaban en los hospitales comienzan a ejecutarse en los CS y se empieza a trabajar en el establecimiento de mecanismos de coordinación entre el primer nivel y los hospitales. Asimismo se crean los colectivos o colegiados de gestión. Estos espacios, resultan para el "movimiento de APS" recientemente emergido y fortalecido por el respaldo político de la intendencia y la comunidad, una instancia central. Son invitados a participar de estos espacios todos los trabajadores de APS. La participación en los colegiados era voluntaria a excepción de quienes tenían funciones de gestión formales. La participación implicaba aceptar ciertos principios o axiomas básicos e indiscutibles -participación comunitaria, participación de los trabajadores de salud en la gestión, acceso universal y equitativo, salud como un derecho, planificación descentralizada y trabajo profesional con autonomía y responsabilidad. Estos principios eran explicitados y legitimados en los colegiados y servían de paraguas para la discusión de líneas de gestión que transformasen el modelo de gestión y atención del primer nivel de atención. Quienes decidían no participar de los colegiados quedaban excluidos de los espacios en donde "circulaba la decisión". Quienes participaban estaban obligados a llevar a la práctica los acuerdos arribados. El principal mecanismo de regulación del

comportamiento de los actores estaba dado por la creencia en valores compartidos. El castigo aplicado a quienes no participaban de la misma creencia era fundamentalmente la exclusión y la sanción moral (no burocrática) de parte de sus pares. Como resultado, las innovaciones generadas por este modelo se iban llevando a la práctica en forma desigual, según el nivel de motivación, las capacidades y las posibilidades de cada equipo. Posiblemente, la heterogeneidad entre CS en cuanto a la modalidad de entrega de turnos, los instrumentos de registro de información, los mecanismos de interacción entre el CS, su comunidad y las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (18) tengan su origen en este período.

La APS como estrategia orientadora del sistema de salud (2000-2004)

Durante este período el "movimiento de APS" madura, crece su capacidad de organización y se consolida un discurso homogéneo en coalición con otros actores del sistema que defendían una visión más tradicional de la atención. Al mismo tiempo crece su poder e influencia al interior del sistema de salud.

En el marco de la crisis fiscal ocasionada por la profunda crisis socio-económica, institucional y política que atravesó la Argentina entre el 2001 y el 2003, los espacios de participación comunitaria construidos y sostenidos por los equipos de los CS brindaron un apoyo decisivo para influenciar sobre la continuidad en la asignación de recursos hacia el primer nivel de atención. Esta articulación se vio favorecida por la afluencia de nuevos beneficiarios (principalmente mujeres) de planes sociales de transferencia de dinero que llegaban a los CS solicitando realizar su contraprestación laboral en ese medio. Los beneficiarios eran captados y capacitados por los equipos de los CS. Además de mejorar los lazos con la comunidad, los beneficiarios oficiaban como promotores de salud desarrollando acciones de promoción y prevención.

La innovación más relevante en cuanto al modelo de atención estuvo dada por la promoción de la adscripción. Ésta suponía el establecimiento de un vínculo bidireccional entre determinados pacientes con un equipo de salud en donde los equipos de salud se hacían responsables de la salud de sus pacientes. El logro de la adscripción implicaba la coordinación del proceso de atención. En los colegiados se discutían distintos mecanismos de operativización de la adscripción. En la práctica, la adscripción se introduce en forma gradual y de manera particular por cada equipo. Su desarrollo depende del significado que cada equipo construye en torno a la noción de adscripción -ej. filosofía de trabajo y/o mecanismo de registro de pacientes.

Según datos del censo organizacional (17) en el año 2007 el 95,2 % de los CS sostiene practicar la adscripción aunque sólo un 35,7 % estaba en condiciones de responder qué médicos del CS practicaban la adscripción y aproximadamente cuántos pacientes adscriptos tenía cada profesional.

Los cambios más importantes en cuanto al modelo de gestión se producen en torno al desarrollo de mecanismos de articulación entre niveles de atención creados con miras hacia conformar una red de servicios integral e integrada. Por un lado, se promueven las rotaciones de especialistas por los CS y por otro junto con la creación del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) -conducido por integrantes del "movimiento de APS"- se traslada a los especialistas de los hospitales hacia los consultorios del CEMAR. De esta forma, el CEMAR se transforma en un aliado del "movimiento de APS" -principalmente su conducción, no necesariamente los especialistas. Otra innovación introducida fue la "descentralización de pacientes". Esta consistió en el traslado de los pacientes atendidos en los hospitales hacia los CS. Ciertos hospitales trasladaron los controles maternos infantiles e incluso a pacientes con patologías complejas, pero otros se resistieron a hacerlo. Estas innovaciones supusieron una merma del poder de los hospitales que reavivó la rivalidad entre la estructura hospitalaria y "el movimiento de APS".

La APS como estrategia de coordinación del sistema (2004-2008)

Unos de los sucesos que caracterizan a este período es la fragmentación política del "movimiento de APS". Por un lado, se agudiza en parte del movimiento la percepción de la presencia de cierto autoritarismo, idealización y voluntarismo en el modo de gestión del movimiento. Por otra parte, los trabajadores de APS comienzan a demandar una mejora en sus ingresos:

"Había un gran capital de orgullo por el trabajo en este equipo que implicaba una enorme motivación. A fuerza de esa motivación se motorizó mucho trabajo en ocasión de que en todos estos años la forma de contratación, y la remuneración de esta masa de trabajadores nuevos que se fue incorporando a APS fue muy postergada como agenda del gobierno. De hecho finalizamos los 90s con la mayor parte de estos profesionales y trabajadores contratados en negro y con un salario muy bajo." [En 2003, 2004] "(...) empieza a parecer ya como una necesidad de ser corregido." Entrevista del 24 de Agosto de 2009. Segunda directora de APS.

En un contexto de incipiente brote inflacionario parte del movimiento inicia una serie de reclamos salariales que desembocan en un proceso de conflictividad gremial que llega a su máximo nivel entre el 2006 y el 2007.

Ante los prolongados períodos de paros gremiales se debilita la capacidad de gestión e influencia del "movimiento de APS" en la definición de la agenda de la Secretaría de Salud. Esta situación altera la naturaleza de la coalición política entre la Secretaría de Salud y el "movimiento de APS".

Durante los períodos previos las organizaciones comunitarias, los beneficiarios de planes sociales y los voluntarios eran los actores claves para articular a los CS con la comunidad. En contraste, en este período se constituyen e instalan con fuerza los movimientos piqueteros -ej. Barrios de Pié, la Corriente Clasista y Combativa y Libres del Sur- que demandan a los CS una dinámica de interacción distinta y más compleja. Frente a un actor de esta envergadura la influencia de los CS decrece ante las dificultades para garantizar por parte de los movimientos una adhesión a la visión y normas de la Dirección de APS. Por otra parte, la complejidad y carga de trabajo clínico aparejada por el proceso de descentralización de pacientes hacia el primer nivel vuelve a los CS más proclives a recluirse puertas adentro del CS.

No obstante estos duros reveses hacia fines de este período, la situación se estabiliza y la estrategia de la APS asume como desafío central dirimir la disputa entre niveles de atención y consolidar una red integrada. En este marco se instituyen cambios en la estructura de conducción de la Secretaría tendientes a articular actores y organizaciones de los distintos niveles, se crean los colegiados distritales de gestión -de los cuales participan tanto el primer nivel como los hospitales y referentes de las áreas de soporte de la Secretaría. Por otra parte se introduce el uso de guías clínicas, el desarrollo de un sistema de cupos y gestión de turnos para consultas a especialistas y prácticas provistas por el CEMAR y otros hospitales, operado desde los CS y el CEMAR, quien desde su conducción continúa asumiendo un rol activo en la promoción de mecanismos de integración de la atención entre especialistas y CS.

DISCUSIÓN

Etapas y modos de gobernanza

A continuación se caracteriza cada etapa en términos de los modos de gobernanza predominantes. El modo de gobernanza fue determinado a partir de la identificación de los tipos de mecanismos de regulación de la acción del conjunto de actores vinculados al desarrollo de la estrategia de APS en cada etapa (Tabla 2).

Previo al año 1990 la práctica médica se caracterizaba por poseer un alto nivel de autonomía profesional. El comportamiento de los médicos se basaba en intereses individuales, con débil compromiso valorativo de la APS. En virtud de ello, es posible identificar la forma de organización de los profesionales con el modelo descrito por Robinson (27) como el "taller del doctor". Siendo que la regulación de la práctica médica se regía bajo el modelo de burocracias profesionales (28) el modo de gobernanza prevaleciente corresponde a un modo burocrático con limitada efectividad en el cumplimiento de las normas establecidas por los hospitales.

Tabla 2. Modos de gobernanza y mecanismos de regulación por etapa

Etapas	Modo de Gobernanza	Mecanismo de regulación	Valores y principios orientadores
Previo a 1990	Burocrático tipo "Taller del doctor"	Regulación de los CS por los hospitales mediante normas burocráticas, administrativas y organizativas con baja efectividad	Brindar atención básica a población urbana vulnerable.
1990-1995	Burocrático con regulación normativa de conductas oportunistas de los profesionales	Normas burocráticas introducidas y monitoreadas por la dirección de APS con apoyo político de la Secretaría de Salud	Mejorar las condiciones de acceso y aumentar el nivel de resolutivez del primer nivel
1995-2000	Clan basado en la abogacía de los derechos a la salud y la gestión participativa.	Colegiados de gestión de APS, gestión local participativa y formación de recursos humanos	Democratizar la gestión, involucrar a los trabajadores en la gestión y promover la participación comunitaria.
2000-2004	Clan basado en la abogacía de los derechos a la salud y la gestión participativa.	Gestión local participativa y conformación de equipos con adscripción de población a cargo. Normas de articulación entre niveles.	Brindar una atención continua e integral a la población
2004-2008	Burocrático en combinación con Clan.	Mecanismos de coordinación entre primer y segundo nivel de atención.	Consolidar una red de servicios integral e integrada

En 1990 la APS recibe un gran empuje mediante la creación de una agencia (la Dirección de APS) para gestionar los CS, con fuerte apoyo político del gobierno municipal. Los cambios organizacionales eliminan la dependencia formal de los CS respecto a los hospitales e instauran nuevas normas de trabajo al interior de los CS. La Dirección de APS va desarrollando una creciente capacidad de gestión presupuestaria y administrativa, con el respaldo

de mecanismos burocráticos formales y la legitimidad otorgada por el apoyo político de las autoridades. En este marco logra mejorar sus capacidades y adquirir una autonomía en el establecimiento de criterios técnicos de asignación de recursos al interior del primer nivel de atención, el desarrollo de normas de atención y gestión y la instauración de mecanismos formales de control de su cumplimiento. Al mismo tiempo la Dirección de APS comienza a integrar recursos humanos calificados y motivados, insumos (medicamentos, equipamiento, sistema de laboratorio móvil) e infraestructura que le permiten aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel. Los cambios en el funcionamiento del sistema, operados y consolidados entre 1990 y 1995, son legitimados a través de meta-normas, no obstante su implementación resulta posible gracias a las transformaciones de la estructura formal. Estas innovaciones formales operan como el cimiento para la constitución de un nuevo actor político que más adelante instaura una nueva forma de regulación de la acción colectiva.

Hacia 1995 el modo de gobernanza de clan comienza a desplazar el burocrático, instituyéndose como el principal mecanismo de regulación de la conducta de los actores. En este marco el comportamiento de los actores ya no se haya "disciplinado" por normas formales sino por la adherencia voluntaria a un conjunto de valores e intereses compartidos, alrededor de los cuales se consolida una identidad colectiva y emerge un actor social y político con fuerte capacidad de influencia. A través de mecanismos de gestión participativa la gobernanza de clan se instituye y refuerza. Al mismo tiempo produce un conjunto de normas "informales" que delinean el modelo de atención y gestión del primer nivel de atención. La presencia de fuertes liderazgos y la introducción de un nuevo perfil profesional, - médicos generalistas, trabajadores sociales y psicólogos con vocación comunitaria integrados durante el período previo- fueron aspectos claves que favorecieron la consolidación del "movimiento de APS" y la efervescencia de la gobernanza de clan durante casi una década. En este contexto se produce un fuerte desarrollo de la participación comunitaria y de los trabajadores y un crecimiento de la planificación local. Asimismo se genera una tensión entre el desarrollo de la autonomía de los CS y la planificación local frente a la implementación de innovaciones y mejoras en los servicios en forma homogénea.

En el período de 2004 a 2008 el modelo de gobernanza de clan comienza a debilitarse a la sazón de factores intrínsecos al proceso de maduración del "movimiento de APS", los nuevos desafíos que surgen del desarrollo del sistema de salud municipal y un contexto económico recesivo. En este marco se

impone el desafío de complementar los mecanismos de regulación basados en la existencia de valores compartidos con normas tendientes a asegurar la provisión de servicios en forma integral, coordinada y accesible. Como resultado, se desarrollan mecanismos de regulación jerárquicos y burocratizados que se combinan con los mecanismos de regulación de clan de los períodos precedentes.

Clan: "Poder" de cambio y limitaciones

Entre 1990 y 2004, en un marco de democracia y de continuidad de la gestión municipal del partido socialista, la APS en Rosario dejó de practicarse desde un enfoque selectivo (29) para constituirse en una estrategia organizadora del sistema. No obstante, el desarrollo de la estrategia de APS no se produce en forma lineal y sostenida. A partir de 1990, se advierte una redistribución de poder y recursos que a la sazón produce importantes innovaciones (institucionales, organizativas y de estructura del primer nivel) que favorecen la consolidación de un "movimiento de APS" con fuerte compromiso social, una substancial mejora en el desempeño de los servicios y un auge en la participación social y de los trabajadores. El aumento de la capacidad instalada, organizativa y resolutoria del primer nivel, la constitución del "movimiento de APS" como actor político y las innovaciones en los mecanismos de organización del primer nivel y entre niveles -principalmente entre el CEMAR y los CS- contribuyeron a dirimir la disputa por la orientación del sistema de salud fortaleciendo a la APS como estrategia orientadora del sistema versus el modelo hospitalocéntrico.

La fortaleza del modo de gobernanza de clan sin duda fue determinante en el proceso de desarrollo de la APS en Rosario. A través del mismo se fortalecieron políticamente actores estratégicos del cambio, con poder creciente (simbólico y material) para influenciar sobre la reorganización del sistema de servicios de salud, facilitando cambios institucionales y de la estructura y gestión de los servicios. De esta forma, el modo de clan tuvo influencia sobre la distribución del poder, favoreciendo la visión e intereses del "movimiento de APS".

No obstante, el modo de gobernanza de clan enfrentó limitaciones endógenas y exógenas. Ante un panorama de creciente complejidad organizativa del sistema de servicios de salud y de conflictividad gremial y política el modo de gobernanza de clan afrontó dificultades para sostener la efervescencia y unidad del "movimiento de APS", las cuales constituyen las bases de la adherencia a las normas que regulan el comportamiento de los

actores. Por otra parte, enfrentó dificultades (11) para integrarse con otras organizaciones del sistema de salud (estructura hospitalaria municipal y red de servicios provincial) y generar innovaciones efectivas del modelo de atención en forma homogénea en los diferentes CS, lo cual trajo aparejado heterogeneidades en el desempeño de los servicios.

Entre 2004 y 2008, en un contexto económico recesivo el debilitamiento de la participación comunitaria, los desafíos de integrar una red de servicios de complejidad creciente, la conflictividad gremial y la fragmentación del "movimiento de APS" marcaron la necesidad de considerar los intereses económicos individuales, (en complementación con los valores colectivos), como parte de las motivaciones y expectativas de los actores involucrados en el "movimiento de APS". Esto hecho impone la necesidad de desarrollar mecanismos de regulación del comportamiento de actores con intereses y visiones diferentes que actúen en forma complementaria a aquellos basados en la existencia de valores compartidos ♦

REFERENCIAS

1. Evans P. El estado como problema y como solución. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales* 1996; 35(140):529-62.
2. Prats J. Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano: marco conceptual y analítico. *Instituciones y Desarrollo* 2001; 10:103-48.
3. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico. Edición Especial No. 17. Washington, D.C: OPS; 2007.
4. Benson J. The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly* 1975; 20(2): 229-49.
5. Sarbaugh-Thompson M, Zald M. Child Labor Laws: A Historical Case of Public Policy Implementation. *Administration and Society* 1979; 27(1):25-53.
6. Berman P. The Study of Macro and Micro Implementation. *Public Policy* 1978; 27:157-84.
7. Hjern B, Hanf K, Porter D. Local Network of Manpower Training in the Federal Republics of German and Sweden. *Interorganizational Policy Making*. London: Sage; 1978.
8. 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.
9. O'Toole L Jr. Research on Policy Implementation: Assessment and Prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory* 2000; 10(2):263-88.
10. Meier KJ, O'Toole L Jr, Crotly S. Multilevel Governance and Organizational Performance: Investigating the Political-Bureaucratic Labyrinth. *Journal of Policy Analysis and Management* 2004; 23(1): 31-47.
11. Rodríguez C, Langley A, Béland F, Denis JL. Governance, Power and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network. *Administration & Society* 2007; 39(2):150-93.
12. Burris S, Drahos P, Shearing C. Nodal Governance. *Australian Journal of Legal Philosophy* 2005; (30):30-58.

13. Zurbriggen 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.
14. 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.
15. Langley A. Strategies for Theorizing from Process Data. *Academy of Management Review* 1999; 24(4):691-710.
16. Yin R. *Case Study Research: Design and Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 1994.
17. Departamento de Economía y Gestión de la Salud (ISJL), Departamento Investigación (IDH) [Internet]. Boletín Gobernanza y Atención Primaria de la Salud N° 2: Resultados de la Encuesta Organizacional en el Municipio de Rosario. 2008. Disponible en: <http://www.aps-gza.com.ar/boletin/Boletin-Gobernanza-Salud-2.pdf> Consultado Junio 2009.
18. Scott WR, Ruef M, Mendel PJ, Caronna CA. *Institutional change and healthcare organization: From professional dominance to managed care*. Chicago: University of Chicago Press; 2000.
19. Williamson OE. *Markets and Hierarchies*. New York: Free Press; 1975.
20. Williamson OE. Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations. *The Journal of Law and Economics* 1979; 22.
21. Ouchi W. Markets, Bureaucracies, and Clans. *Administrative Science Quarterly* 1980; 25(1):129-41.
22. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2010; 12 (Sup 1): 8-27.
23. Departamento de Economía y Gestión de la Salud (ISJL), Departamento Investigación (IDH). Boletín Gobernanza y Atención Primaria de la Salud N° 1: Lanzamiento del Proyecto en el Municipio de Rosario. 2007. Disponible en: <http://www.aps-gza.com.ar/boletin/Boletin-Gobernanza-Salud-1.pdf> Consultado Junio de 2009.
24. Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Perfil de la ciudad de Rosario en Salud Urbana. Provincia de Santa Fe. República Argentina. [documento en CD-ROM]. Municipios Saludables. Rosario: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 2005.
25. Bloch C, Godoy C, Luppi I, Quinteros Z, Troncoso MC. Evaluación Del Programa De Atención Primaria De La Salud En La Ciudad De Rosario. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Buenos Aires; 1992.
26. Belmartino S, Bloch C, Luppi I, Quinteros ZT, Troncoso MC. Mercado de Trabajo y Médicos de Reciente Graduación. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Buenos Aires: 1990.
27. Robinson J. *The Corporate Practice of Medicine. Competition and Innovation in Health Care*. London: University of California Press; 1999.
28. Mintzberg H. *El Poder en la Organización*. Barcelona: Ariel S.A; 1983.
29. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. 2004 November 94(11):1864-1874.